|  |  |
| --- | --- |
| English | Romanian |
| New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK | Chestionar pentru noii pacienți destinat imigranților nou sosiți în Marea Britanie |
| Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP. This questionnaire is to collect information about your health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services you may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.   Your GP will not disclose any information you provide for purposes other than your direct care unless: you have consented (e.g. to support medical research); or they are required to do so by law (e.g. to protect other people from serious harm); or because there is an overriding public interest (e.g. you are suffering from a communicable disease). Further information about how your GP will use your information is available from your GP practice.Return your answers to your GP practice. | Orice persoană are dreptul de a se înregistra la un medic de familie. Pentru a vă înscrie la un medic de familie nu aveți nevoie de dovada adresei, a statutului de imigrant, de actul de identitate sau de un număr NHS. Acest chestionar are rolul de a obține informații despre starea dvs. de sănătate, astfel încât cadrele medicale de la cabinetul dvs. de medicină de familie să poată înțelege de ce tip de sprijin, tratament și servicii specializate ați putea avea nevoie, în conformitate cu politicile de confidențialitate și de partajare a datelor ale Serviciului Național de Sănătate (NHS).   Medicul dvs. de familie nu va dezvălui nicio informație pe care o furnizați în alte scopuri decât îngrijirea dvs. directă, cu excepția cazului în care: v-ați dat consimțământul (de ex., pentru a sprijini cercetarea medicală); sau este obligat să facă acest lucru prin lege (de ex., pentru a proteja alte persoane de vătămări grave); sau pentru că există un interes public superior (de ex., suferiți de o boală transmisibilă). Informații suplimentare despre modul în care medicul dvs. de familie va utiliza datele dvs. sunt disponibile la cabinetul dvs. de medicină de familie.Dați răspunsurile la cabinetul medicului dvs. de familie. |
| Section one: Personal details | Secțiunea unu: Date personale |
| Full name: | Numele complet: |
| Address:  | Adresa:  |
| Telephone number: | Numărul de telefon: |
| Email address: | Adresa de e-mail: |
| **Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.** | **Vă rugăm să completați toate întrebările și să bifați toate răspunsurile care vi se aplică.** |
| * 1. Date questionnaire completed:
 | 1.1Data completării chestionarului:  |
| 1.2 Which of the following best describes you? [ ] Male [ ] Female [ ] Other [ ] Prefer not to say  | 1.2 Care dintre următoarele vă descrie cel mai bine? [ ] Sex masculin [ ] Sex feminin [ ] Altele [ ] Prefer să nu menționez  |
| 1.3 Is this the same gender you were given at birth?[ ] No[ ] Yes[ ] Prefer not to say  | 1.3 Este acesta același sex cu cel care v-a fost atribuit la naștere?[ ] Nu[ ] Da[ ] Prefer să nu menționez  |
|  Date of birth: Date\_\_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_\_ | * 1. Data de naștere: Data \_\_\_\_\_\_ Luna \_\_\_\_\_\_\_ Anul \_\_\_\_\_\_
 |
| 1.5 Religion: [ ] Buddhist [ ] Christian [ ] Hindu [ ] Jewish [ ] Muslim [ ] Sikh [ ] Other religion[ ] No religion | 1.5 Religie: [ ] Budistă [ ] Creștină [ ] Hindusă [ ] Iudaică [ ] Musulmană [ ] Sikh [ ] Altă religie[ ] Fără religie |
| 1.6 Marital status:[ ] Married/civil partner [ ] Divorced [ ] Widowed [ ] None of the above | 1.6 Starea civilă:[ ] Căsătorit(ă)/partener(ă) civil(ă) [ ] Divorțat(ă) [ ] Văduv(ă) [ ] Niciuna din cele de mai sus |
| * 1. Sexual Orientation:

[ ] Heterosexual (attracted to the opposite sex) [ ] Homosexual (attracted to the same sex) [ ] Bisexual (attracted to males and females) [ ] Prefer not to say[ ] Other | 1.7 Orientarea sexuală: [ ] Heterosexual (atras(ă) de persoane de sexul opus) [ ] Homosexual (atras(ă) de persoane de același sex) [ ] Bisexual (atras(ă) de bărbați și femei) [ ] Prefer să nu menționez[ ] Altele |
| * 1. Main spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ] Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other |  |

 | 1.8 Limba principală vorbită:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albaneză | [ ] Rusă |
| [ ] Arabă | [ ] Tigrină |
| [ ] Dari | [ ] Ucraineană |
| [ ] Engleză | [ ] Urdu |
| [ ] Persană | [ ] Vietnameză |
| [ ] Altele |  |

 |
| * 1. Second spoken language:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albanian | [ ]  Russian |
| [ ] Arabic | [ ] Tigrinya |
| [ ] Dari | [ ] Ukrainian |
| [ ] English | [ ] Urdu |
| [ ] Persian | [ ] Vietnamese |
| [ ] Other | [ ] None |

 | 1.9 A doua limbă vorbită:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Albaneză | [ ]  Rusă |
| [ ] Arabă | [ ] Tigrină |
| [ ] Dari | [ ] Ucraineană |
| [ ] Engleză | [ ] Urdu |
| [ ] Persană | [ ] Vietnameză |
| [ ] Altele | [ ] Niciuna |

 |
| * 1. Do you need an interpreter?

[ ] No [ ] Yes  | 1.10Aveți nevoie de un interpret? [ ] Nu [ ] Da  |
| * 1. Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference.

[ ] Male[ ] Female[ ] I don’t mind | 1.11Ați prefera un interpret bărbat sau femeie? Vă rugăm să rețineți că, din cauza disponibilității interpreților, este posibil să nu fie întotdeauna posibilă satisfacerea preferințelor dvs.[ ] Sex masculin[ ] Sex feminin[ ] Nu mă deranjează |
| 1.12 Are you able to read in your own language?[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty reading | 1.12 Știți să citiți în limba dvs.?[ ] Nu[ ] Da[ ] Întâmpin dificultăți la citire |
| * 1. Are you able to write in your own language?

[ ] No[ ] Yes[ ] I have difficulty writing | 1.13Știți să scrieți în limba dvs.?[ ] Nu[ ] Da[ ] Întâmpin dificultăți la scriere |
| * 1. Do you need sign language support?

[ ] No[ ] Yes | 1.14Aveți nevoie de asistență în limbajul semnelor?[ ] Nu[ ] Da |
| * 1. Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:

|  |  |
| --- | --- |
| Name:Contact telephone number:Address: | Next of kin   |
| Name:Contact telephone number:Address: | Emergency contact (if different) |

 | 1.15Vă rugăm să furnizați detalii despre rudele dvs. apropiate și/sau despre o persoană pe care o putem contacta în caz de urgență:

|  |  |
| --- | --- |
| Nume:Număr de telefon de contact:Adresa: | Rudă   |
| Nume:Număr de telefon de contact:Adresa: | Persoană în caz de urgență (dacă este diferită) |

 |
| Section two: Health questions | Secțiunea doi: Întrebări referitoare la sănătate |
| * 1. Are you currently feeling unwell or ill?

[ ] No [ ] Yes | 2.1În prezent nu vă simțiți bine sau sunteți bolnav(ă)?[ ] Nu [ ] Da |
| Do you need an urgent help for your health problem?[ ] No [ ] Yes | 2.2Aveți nevoie de asistență urgentă pentru problema dvs. de sănătate?[ ] Nu [ ] Da |
| * 1. Do you currently have any of the following symptoms? *Please tick all that apply*

[ ] Weight loss[ ] Cough[ ] Coughing up blood[ ] Night sweats[ ] Extreme tiredness[ ] Breathing problems[ ] Fevers[ ] Diarrhoea[ ] Skin complaints or rashes[ ] Blood in your urine[ ] Blood in your stool[ ] Headache[ ] Pain[ ] Low mood[ ] Anxiety[ ] Distressing flashbacks or nightmares[ ] Difficulty sleeping[ ] Feeling like you can’t control your thoughts or actions[ ] Feeling that you want to harm yourself or give up on life[ ] Other | 2.3Aveți în prezent oricare dintre următoarele simptome? *Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică*[ ] Pierderea greutății[ ] Tuse[ ] Tuse cu sânge[ ] Transpirații nocturne[ ] Oboseală extremă[ ] Probleme de respirație[ ] Stări febrile[ ] Diaree[ ] Afecțiuni ale pielii sau erupții cutanate[ ] Sânge în urină[ ] Sânge în materiile fecale[ ] Durere de cap[ ] Durere[ ] Stare de spirit scăzută[ ] Anxietate[ ] Flashback-uri sau coșmaruri tulburătoare[ ] Dificultate la a dormi[ ] Sentimentul că nu vă puteți controla gândurile sau acțiunile[ ] Sentimentul că vreți să vă faceți rău sau să renunțați la viață[ ] Altele |
| * 1. Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)
 | 2.4Vă rugăm să marcați pe imaginea corpului zona(le) în care vă confruntați cu problema(le) actuală(le) de sănătate  |



|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Do you have any known health problems that are ongoing?

[ ] No[ ] Yes | 2.5Aveți probleme de sănătate cunoscute cu care vă confruntați mereu?[ ] Nu[ ] Da |
| * 1. Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply

[ ] Arthritis[ ] Asthma[ ] Blood disorder [ ] Sickle cell anaemia [ ] Thalassaemia[ ] Cancer[ ] Dental problems[ ] Diabetes[ ] Epilepsy[ ] Eye problems[ ] Heart problems[ ] Hepatitis B[ ] Hepatitis C[ ] HIV or AIDS[ ] High blood pressure[ ] Kidney problems[ ] Liver problems[ ] Long-term lung problem/breathing difficulties [ ] Mental health problems [ ] Low mood/depression[ ] Anxiety[ ] Post-traumatic stress disorder (PTSD)[ ] Previously self-harmed[ ] Attempted suicide[ ] Other [ ] Osteoporosis[ ] Skin disease[ ] Stroke[ ] Thyroid disease [ ] Tuberculosis (TB)[ ] Other  | 2.6Suferiți sau ați suferit vreodată de una dintre următoarele afecțiuni? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică[ ] Artrită[ ] Astm[ ] Afecțiuni ale sângelui [ ] Siclemie [ ] Talasemie[ ] Cancer[ ] Afecțiuni dentare[ ] Diabet[ ] Epilepsie[ ] Afecțiuni oculare[ ] Afecțiuni cardiace[ ] Hepatita B[ ] Hepatita C[ ] HIV sau SIDA[ ] Tensiune arterială ridicată[ ] Afecțiuni legate de rinichi[ ] Afecțiuni legate de ficat[ ] Afecțiuni pulmonare pe termen lung/dificultăți de respirație [ ] Afecțiuni legate de sănătatea mintală [ ] Stare de spirit scăzută/depresie[ ] Anxietate[ ] Tulburare de stres posttraumatic (PTSD)[ ] Auto-vătămare în trecut[ ] Tentativă de sinucidere[ ] Altele [ ] Osteoporoză[ ] Boală de piele[ ] Accident vascular cerebral[ ] Boala tiroidiană [ ] Tuberculoză (TB)[ ] Altele  |
| * 1. Have you ever had any operations / surgery?

[ ] No[ ] Yes | 2.7Ați suferit vreodată vreo operație / intervenție chirurgicală?[ ] Nu[ ] Da |
| * 1. If you have had an operation / surgery, how long ago was this?

[ ]  In the last 12 months[ ]  1 – 3 years ago[ ]  Over 3 years ago | 2.8Dacă ați suferit o operație / intervenție chirurgicală, cu cât timp în urmă a avut loc aceasta?[ ]  În ultimele 12 luni[ ]  1 - 3 ani în urmă[ ]  Mai mult de 3 ani în urmă |
| * 1. Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?

[ ] No[ ] Yes | 2.9Aveți vreo rană fizică provocată de război, situații de conflict sau tortură?[ ] Nu[ ] Da |
| * 1. Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?

[ ] No[ ] Yes | 2.10Suferiți de probleme legate de sănătatea mintală? Acestea ar putea fi cauzate de război, situații de conflict, tortură sau de faptul că ați fost forțat(ă) să vă părăsiți țara?[ ] Nu[ ] Da |
| * 1. Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply

[ ] Cancer[ ] Diabetes[ ] Depression/Mental health illness[ ] Heart attack[ ] High blood pressure[ ] Stroke[ ] Other  | 2.11Unele probleme medicale pot fi întâlnite în familie. Un membru al familiei dvs. apropiate (tată, mamă, frați și bunici) a avut sau a suferit de una dintre următoarele afecțiuni? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică[ ] Cancer[ ] Diabet[ ] Depresie/boală de sănătate mintală[ ] Atac de cord[ ] Tensiune arterială ridicată[ ] Accident vascular cerebral[ ] Altele  |
| * 1. Are you on any prescribed medicines?

[ ] No [ ] Yes *–please list your prescribed medicines and doses in the box below****Please bring any prescriptions or medications to your appointment***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name*  | *Dose* |
|  |  |

 | 2.12Luați vreun medicament prescris? [ ] Nu [ ] Da *- vă rugăm să enumerați* *medicamentele prescrise și dozele în căsuța de mai jos****Vă rugăm să aduceți toate rețetele sau medicamentele la programare***

|  |  |
| --- | --- |
| *Denumire*  | *Doză* |
|  |  |

 |
| * 1. Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?

[ ] No [ ] Yes  | 2.13Vă faceți griji că veți rămâne fără aceste medicamente în următoarele câteva săptămâni? [ ] Nu [ ] Da  |
| * 1. Do you take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?

[ ] No [ ] Yes *–please list medicines and doses in the box below****Please bring any medications to your appointment***

|  |  |
| --- | --- |
| *Name*  | *Dose* |
|  |  |

 | 2.14Luați medicamente care nu au fost prescrise de un profesionist din domeniul sănătății, de ex., medicamente cumpărate de la o farmacie/un magazin/pe internet sau livrate din străinătate?[ ] Nu [ ] Da *- vă rugăm să enumerați medicamentele și dozele în căsuța de mai jos****Vă rugăm să aduceți toate medicamentele la programare***

|  |  |
| --- | --- |
| *Denumire*  | *Doză* |
|  |  |

 |
| * 1. Are you allergic to any medicines?

[ ] No [ ] Yes  | 2.15Sunteți alergic(ă) la vreun medicament?[ ] Nu [ ] Da  |
| * 1. Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?

[ ] No[ ] Yes | 2.16Sunteți alergic(ă) la altceva? (de ex., alimente, înțepături de insecte, mănuși din latex)? [ ] Nu[ ] Da |
| * 1. Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?

[ ] No[ ] Yes | 2.17Aveți vreun handicap fizic sau dificultăți de mobilitate? [ ] Nu[ ] Da |
| * 1. Do you have any sensory impairments? *Please tick all that apply*

[ ] No[ ] Blindness[ ] Partial sight loss[ ] Full hearing loss [ ] Partial hearing loss[ ] Smell and/or taste problems | 2.18Aveți vreo deficiență senzorială? *Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică*[ ] Nu[ ] Orbire[ ] Pierderea parțială a vederii[ ] Pierderea completă a auzului [ ] Pierderea parțială a auzului[ ] Probleme legate de miros și/sau gust |
| * 1. Do you have any learning difficulties?

[ ] No[ ] Yes | 2.19Aveți dificultăți de învățare?[ ] Nu[ ] Da |
| * 1. Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?

[ ] No[ ] Yes | 2.20Există vreo problemă specială de natură privată pe care ați dori să o discutați/abordați la următoarea dvs. întâlnire cu un profesionist din domeniul sănătății? [ ] Nu[ ] Da |
| Section three: Lifestyle questions | Secțiunea trei: Întrebări privind stilul de viață |
| * 1. How often do you drink alcohol?

 [ ] Never [ ] Monthly or less[ ] 2-4 times per month[ ] 2-3 times per week[ ] 4 or more times per week*There is* ***1 unit*** *of alcohol in:**½ pint glass of beer* *1 small glass of wine* 1. *single measure of spirits*
 | 3.1Cât de des consumați alcool? [ ] Niciodată [ ] Lunar sau mai puțin[ ] De 2-4 ori pe lună[ ] De 2-3 ori pe săptămână[ ] De 4 ori sau mai mult pe săptămână*Există* ***1 unitate*** *de alcool în:**½ pahar cu bere* *1 pahar mic cu vin* 1. *măsură unică de băuturi spirtoase*
 |
| 3.2 How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking? [ ] 0-2[ ] 3-4[ ] 5-6[ ] 7-9[ ] 10 or more | 3.2Câte unități de alcool consumați într-o zi obișnuită când beți? [ ] 0-2[ ] 3-4[ ] 5-6[ ] 7-9[ ] 10 sau mai multe |
| 3.3How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?[ ] Never[ ] Less than monthly[ ] Monthly[ ] Weekly[ ] Daily or almost daily | 3.3Cât de des ați consumat 6 sau mai multe unități, dacă sunteți femeie, sau 8 sau mai multe unități, dacă sunteți bărbat, într-o singură ocazie în ultimul an?[ ] Niciodată[ ] Mai puțin decât lunar[ ] Lunar[ ] Săptămânal[ ] Zilnic sau aproape zilnic |
| 3.4Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin? [ ] Never[ ] I have quit taking drugs that might be harmful [ ] Yes | 3.4Consumați droguri care ar putea fi dăunătoare pentru sănătatea dvs., de ex., canabis, cocaină, heroină? [ ] Niciodată[ ] Am renunțat să mai consum droguri care ar putea fi dăunătoare [ ] Da |
| 3.5Do you smoke? [ ] Never [ ] I have quit smoking[ ] Yes [ ] CigarettesHow many per day? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ How many years have you smoked for?\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tobacco Would you like help to stop smoking? [ ] Yes [ ] No | 3.5Fumați? [ ] Niciodată [ ] Am renunțat la fumat[ ] Da [ ] ȚigăriCâte pe zi? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ De câți ani fumați?\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Tutun Doriți să primiți ajutor pentru a renunța la fumat? [ ] Da [ ] Nu |
| 3.6Do you chew tobacco?[ ] Never[ ] I have quit chewing tobacco[ ] Yes | 3.6Mestecați tutun?[ ] Niciodată[ ] Am renunțat la mestecatul tutunului[ ] Da |
| Section four: Vaccinations | Secțiunea patru: Vaccinări |
| * 1. Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?

***If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.***[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | 4.1Ați făcut toate vaccinurile pentru copii oferite în țara dvs. de origine?***Dacă aveți o fișă cu istoricul vaccinărilor, vă rugăm să o aduceți la programare.***[ ] Nu[ ] Da[ ] Nu știu |
| * 1. Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?

[ ] No[ ] Yes[ ] I don’t know | 4.2Ați fost vaccinat(ă) împotriva tuberculozei (TB)?[ ] Nu[ ] Da[ ] Nu știu |
| * 1. Have you been vaccinated against COVID-19?

[ ] No[ ] Yes [ ] 1 dose[ ] 2 doses[ ] 3 doses[ ] More than 3 doses[ ] I don’t know | 4.3Ați fost vaccinat(ă) împotriva COVID-19?[ ] Nu[ ] Da [ ] 1 doză[ ] 2 doze[ ] 3 doze[ ] Mai mult de 3 doze[ ] Nu știu |
| Section five: Questions for female patients only | Secțiunea cinci: Întrebări numai pentru pacienții de sex feminin |
| * 1. Are you pregnant?

[ ] No[ ] I might be pregnant[ ] YesHow many weeks pregnant are you?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 5.1Sunteți însărcinată?[ ] Nu[ ] Se poate să fiu însărcinată[ ] DaÎn câte săptămâni de sarcină sunteți?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Do you use contraception?

[ ] No [ ] Yes What method do you use?[ ] Barrier contraception *e.g. condoms, gel* [ ] Oral contraceptive pill[ ] Copper Coil/Intrauterine device (IUD)[ ] Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) *e.g. Mirena*[ ] Contraceptive injection[ ] Contraceptive implant[ ] Other | 5.2Folosiți metode contraceptive?[ ] Nu [ ] Da Ce metode folosiți?[ ] Contracepție de barieră, *de ex. prezervative, gel* [ ] Pastilă contraceptivă orală[ ] Sterilet din cupru/dispozitiv intrauterin (DIU)[ ] Sterilet hormonal/sistem intrauterin (IUS), *de ex. Mirena*[ ] Injecție contraceptivă[ ] Implant contraceptiv[ ] Altele |
| * 1. Do you urgently need any contraception?

[ ] No [ ] Yes | 5.3 Aveți nevoie urgentă de contracepție?[ ] Nu [ ] Da |
| * 1. Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer.

[ ] No[ ] Yes[ ] I would like to be given more information | 5.4Ați făcut vreodată un frotiu cervico-vaginal sau un test de frotiu? Acesta este un test pentru a verifica starea de sănătate a colului uterin și pentru a ajuta la prevenirea cancerului de col uterin.[ ] Nu[ ] Da[ ] Aș dori să primesc mai multe informații |
| * 1. Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?

[ ] No[ ] Yes | 5.5Ați suferit o histerectomie (operație de îndepărtare a uterului și a colului uterin)?[ ] Nu[ ] Da |
| * 1. As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?

[ ] No[ ] Yes | 5.6În calitate de pacient de sex feminin, există vreo problemă specială de natură privată pe care ați dori să o discutați/abordați la următoarea dvs. întâlnire cu un profesionist din domeniul sănătății? [ ] Nu[ ] Da |
| If there is something that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment. | Dacă există ceva ce nu doriți să împărtășiți în acest formular și doriți să discutați cu un medic, vă rugăm să vă sunați medicul de familie și să faceți o programare. |