

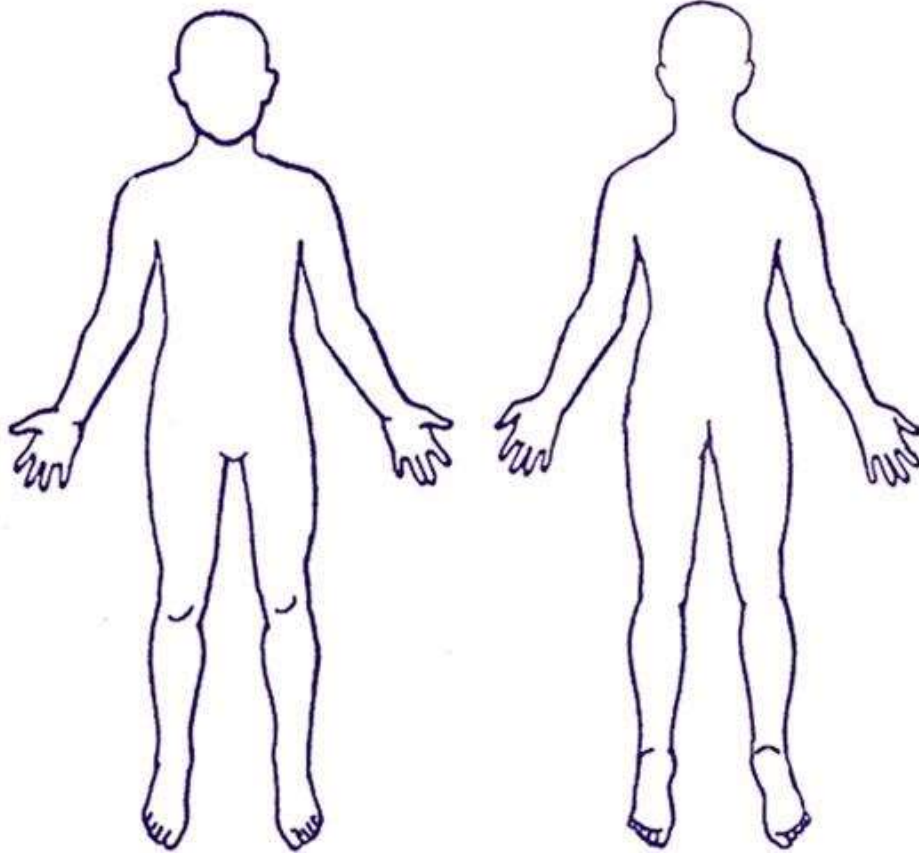
English	اللغة الإنجليزية / Arabic
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>استبيان المرضى المخصص للمهاجرين الوافدين حديثاً إلى المملكة المتحدة</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>	<p>يحق للجميع التسجيل لدى ممارس عام، ولا تحتاج إلى ما يثبت عنوانك أو حالتك من حيث الهجرة أو بطاقة هويتك أو رقمك في هيئة الخدمات الصحية الوطنية من أجل التسجيل.</p> <p>يهدف هذا الاستبيان إلى جمع معلومات حول صحتك كي يتسنى للاختصاصيين الصحيين في الممارسة العامة تفهم نوع الدعم والعلاج والخدمات المتخصصة التي قد تحتاجها وفقاً لسياسات السرية وتبادل البيانات المعمول بها لدى هيئة الخدمات الصحية الوطنية.</p> <p>لن يفصح الممارس العام المتابع لك عن أي معلومات تقدمها لأغراض أخرى بخلاف تقديم الرعاية المباشرة ما لم: توافق (مثال: الموافقة على دعم البحث الطبي)، أو يقتضي القانون منه ذلك (مثال: بغرض حماية الغير من ضرر جسيم)، أو توجد مصلحة عامة تفرض عليه ذلك (مثال: كونك مصاب بمرض منقول). يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات بشأن الكيفية التي يستخدم بها الممارس العام بياناتك عن طريق الممارسة العامة التي تتبعها.</p> <p>قدم إجاباتك للممارسة العامة التي تتبعها.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>القسم الأول: بيانات شخصية</p>
<p>Full name:</p>	<p>الاسم بالكامل:</p>
<p>Address:</p>	<p>العنوان:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>رقم الهاتف:</p>
<p>Email address:</p>	<p>عنوان البريد الإلكتروني:</p>

<p>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</p>	<p>يرجى الإجابة عن أسئلة الاستبيان ووضع علامة صح بجميع الخانات التي تنطبق على حالتك.</p>
<p>1.1 Date questionnaire completed:</p>	<p>1.1 تاريخ إتمام الاستبيان:</p>
<p>1.2 Which of the following best describes you?</p> <p><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.2 أي الصفات التالية تصفك على النحو الأفضل؟</p> <p><input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/> أفضل عدم التصريح</p>
<p>1.3 Is this the same gender you were given at birth?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.3 هل النوع المشار إليه مطابق لنوعك عند ولادتك؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> أفضل عدم التصريح</p>
<p>1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____</p>	<p>1.4 تاريخ الميلاد: يوم _____ شهر _____ سنة _____</p>
<p>1.5 Religion:</p> <p><input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion</p>	<p>1.5 الديانة:</p> <p><input type="checkbox"/> بوذي <input type="checkbox"/> مسيحي <input type="checkbox"/> هندوسي <input type="checkbox"/> يهودي <input type="checkbox"/> مسلم <input type="checkbox"/> سيخ <input type="checkbox"/> ديانة أخرى <input type="checkbox"/> لا ديني</p>
<p>1.6 Marital status:</p> <p><input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above</p>	<p>1.6 الحالة الاجتماعية:</p> <p><input type="checkbox"/> متزوج/لدي شريك مدني <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> لا شيء مما سبق</p>
<p>1.7 Sexual Orientation:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex) <input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex) <input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females) <input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.7 الميول الجنسية:</p> <p><input type="checkbox"/> مغاير جنسياً (منجذب للجنس المغاير) <input type="checkbox"/> مثلي جنسياً (منجذب للجنس المماثل) <input type="checkbox"/> ثنائي الجنس (منجذب للذكور والإناث) <input type="checkbox"/> أفضل عدم التصريح <input type="checkbox"/> آخر</p>

<input type="checkbox"/> Other	
1.8 Main spoken language: <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other	1.8 اللغات الأساسية المتحدث بها: <input type="checkbox"/> اللغة الألبانية <input type="checkbox"/> اللغة العربية <input type="checkbox"/> اللغة الدرية <input type="checkbox"/> اللغة الإنجليزية <input type="checkbox"/> اللغة الفارسية <input type="checkbox"/> آخر
1.9 Second spoken language: <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None	1.9 اللغة الثانية المتحدث بها: <input type="checkbox"/> اللغة الألبانية <input type="checkbox"/> اللغة العربية <input type="checkbox"/> اللغة الدرية <input type="checkbox"/> اللغة الإنجليزية <input type="checkbox"/> اللغة الفارسية <input type="checkbox"/> آخر
1.10 Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.10 هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
1.11 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. <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	1.11 هل تفضل أن يكون مقدم خدمة الترجمة الفورية ذكر أم أنثى؟ نرجو أن تكون على دراية بأن إتاحة المترجم الفوري قد تعني أنه ليس من الممكن دائمًا الوفاء بأفضلياتك. <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> لا أمانع في أي منهما
1.12 Are you able to read in your own language? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading	1.12 هل تستطيع القراءة بلغتك الأم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> واجه صعوبة في القراءة
1.13 Are you able to write in your own language? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	1.13 هل تستطيع الكتابة بلغتك الأم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> واجه صعوبة في الكتابة
1.14 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.14 هل تحتاج إلى دعم من اختصاصي في لغة الإشارة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:	1.15 يُرجى تقديم البيانات الخاصة بأحد أقاربك و/أو أحد الأشخاص المقربين الذين يمكننا التواصل معهم في حالات الطوارئ:

<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>	<p>الاسم:</p> <p>رقم هاتف جهة الاتصال:</p> <p>العنوان:</p>	<p><u>بيانات أحد الأقارب المقربين</u></p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<p>الاسم:</p> <p>رقم هاتف جهة الاتصال:</p> <p>العنوان:</p>	<p>بيانات جهة الاتصال في حالات الطوارئ (في حالة اختلاف جهة الاتصال)</p>
<p>Section two: Health questions</p>		<p>القسم الثاني: أسئلة صحية</p>	
<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 هل تعاني الآن وعكة أو مرضًا؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p>		
<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 هل تحتاج إلى مساعدة عاجلة تتصل بإحدى المشاكل الصحية؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p>		
<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Cough</p> <p><input type="checkbox"/> Coughing up blood</p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</p>	<p>2.3 هل تظهر عليك الآن أي من الأعراض التالية؟ <i>يرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة</i></p> <p><input type="checkbox"/> فقدان الوزن</p> <p><input type="checkbox"/> سعال</p> <p><input type="checkbox"/> سعال دموي</p> <p><input type="checkbox"/> تعرق ليلي</p> <p><input type="checkbox"/> إجهاد حاد</p>		







<input type="checkbox"/> Breathing problems <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in your urine <input type="checkbox"/> Blood in your stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Low mood <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling like you can't control your thoughts or actions <input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> مشاكل التنفس <input type="checkbox"/> حمى <input type="checkbox"/> إسهال <input type="checkbox"/> شكاوى جلدية أو طفح جلدي <input type="checkbox"/> نزول دم مع البول <input type="checkbox"/> نزول دم مع البراز <input type="checkbox"/> صداع <input type="checkbox"/> ألم <input type="checkbox"/> عتلال المزاج <input type="checkbox"/> قلق <input type="checkbox"/> ذكريات مؤلمة من الماضي أو كوابيس <input type="checkbox"/> صعوبة في النوم <input type="checkbox"/> هل تشعر بعدم القدرة على التحكم في أفكارك أو أفعالك <input type="checkbox"/> هل تشعر برغبة في إيذاء النفس أو التخلص من الحياة <input type="checkbox"/> آخر
<p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p>	<p>2.4 يُرجى وضع علامة على منطقة (مناطق) الجسم التي تسبب مشكلة (مشاكل) صحية حالية لك</p>



<p>2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.5 هل تعاني أي مشاكل صحية معروفة مستمرة؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p>
<p>2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Blood disorder</p> <p><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Dental problems</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/> Eye problems</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV or AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p> <p><input type="checkbox"/> Kidney problems</p> <p><input type="checkbox"/> Liver problems</p> <p><input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health problems</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood/depression</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</p> <p><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</p> <p><input type="checkbox"/> Attempted suicide</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Skin disease</p> <p><input type="checkbox"/> Stroke</p> <p><input type="checkbox"/> Thyroid disease</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.6 هل تعاني أو كنت تعاني في أي وقت أياً مما يلي؟ يرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة</p> <p><input type="checkbox"/> التهاب المفاصل</p> <p><input type="checkbox"/> ربو</p> <p><input type="checkbox"/> اضطراب الدم</p> <p><input type="checkbox"/> فقر الدم المنجلي</p> <p><input type="checkbox"/> ثلاسيميا</p> <p><input type="checkbox"/> سرطان</p> <p><input type="checkbox"/> مشاكل الأسنان</p> <p><input type="checkbox"/> داء السكري</p> <p><input type="checkbox"/> صرع</p> <p><input type="checkbox"/> مشاكل العيون</p> <p><input type="checkbox"/> مشاكل القلب</p> <p><input type="checkbox"/> الالتهاب الكبدي (ب)</p> <p><input type="checkbox"/> الالتهاب الكبدي (ج)</p> <p><input type="checkbox"/> فيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز</p> <p><input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم</p> <p><input type="checkbox"/> مشاكل الكلى</p> <p><input type="checkbox"/> مشاكل الكبد</p> <p><input type="checkbox"/> مشاكل في الرئة/صعوبات في التنفس طويلة الأجل</p> <p><input type="checkbox"/> مشاكل الصحة النفسية</p> <p><input type="checkbox"/> اعتلال المزاج/اكتئاب</p> <p><input type="checkbox"/> قلق</p> <p><input type="checkbox"/> اضطراب كرب ما بعد الصدمة</p> <p><input type="checkbox"/> إيذاء ذاتي سابق</p> <p><input type="checkbox"/> محاولة انتحار</p> <p><input type="checkbox"/> آخر</p> <p><input type="checkbox"/> هشاشة العظام</p> <p><input type="checkbox"/> مرض جلدي</p> <p><input type="checkbox"/> سكتة دماغية</p> <p><input type="checkbox"/> مرض الغدة الدرقية</p> <p><input type="checkbox"/> سلس</p> <p><input type="checkbox"/> آخر</p>
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.7 هل خضعت لأي عملية / جراحة من قبل؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> نعم</p>
<p>2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this?</p> <p><input type="checkbox"/> In the last 12 months</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago</p>	<p>2.8 إذا كنت قد خضعت لأي عملية / جراحة، منذ متى أجريت لك؟</p> <p><input type="checkbox"/> خلال الـ 12 شهرًا الأخيرة</p> <p><input type="checkbox"/> منذ 1 - 3 سنوات</p>

<input type="checkbox"/> Over 3 years ago	<input type="checkbox"/> منذ أكثر من 3 سنوات				
<p>2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.9 هل لديك أي إصابات جسدية نتيجة حرب أو صراع أو تعذيب؟</p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم				
<p>2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.10 هل تعاني أي مشاكل تتصل بالصحة النفسية؟ هل يمكن أن تكون هذه المشاكل بسبب الحرب أو الصراع أو التعذيب أو الاضطرار للفرار من وطنكم؟</p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم				
<p>2.11 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</p> <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Other	<p>2.11 بعض المشكلات الصحية يمكن أن يكون لها جذور عائلية. هل عانى أي فرد من أفراد أسرتك المباشرة (الأب، والأم، والإخوة، والأجداد) أيًا مما يلي؟ يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة</p> <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> داء السكري <input type="checkbox"/> اكتئاب/مرض نفسي <input type="checkbox"/> نوبة قلبية <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم <input type="checkbox"/> سكتة دماغية <input type="checkbox"/> آخر				
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list your prescribed medicines and doses in the box below Please bring any prescriptions or medications to your appointment	<p>2.12 هل تتناول أي أدوية بناءً على وصفة طبية؟</p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم –يُرجى كتابة الأدوية التي تتناولها بناءً على وصفة طبية وجرعاتها في المربع أسفله يُرجى إحضار الوصفات الطبية أو الأدوية في زيارتك <table border="1" data-bbox="826 1485 1453 1845"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 1485 1241 1525">الاسم</th> <th data-bbox="1241 1485 1453 1525">الجرعة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 1525 1241 1845"></td> <td data-bbox="1241 1525 1453 1845"></td> </tr> </tbody> </table>	الاسم	الجرعة		
الاسم	الجرعة				
<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <input type="checkbox"/> No	<p>2.13 هل تشعر بالقلق حيال نفاذ أي من هذه الأدوية في الأسابيع القليلة المقبلة؟</p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم				

<input type="checkbox"/> Yes									
<p>2.14 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?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="151 660 778 1055"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 هل تتناول أي أدوية لم يصفها اختصاصي طبي، مثل أدوية اشتريتها من الصيدلية/المتجر/الانترنت أو تلقيتها من الخارج؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم –يُرجى كتابة الأدوية التي تتناولها وجرعاتها في المربع أسفله يُرجى إحضار الأدوية في زيارتك</p> <table border="1" data-bbox="826 555 1453 952"> <thead> <tr> <th>الاسم</th> <th>الجرعة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	الاسم	الجرعة		
Name	Dose								
الاسم	الجرعة								
<p>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.15 هل تعاني حساسية لأي أدوية؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p>								
<p>2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.16 هل تعاني حساسية لأي شيء آخر؟ (مثل: أطعمة أو لدغ الحشرات أو القفازات المطاطية)؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p>								
<p>2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.17 هل تعاني أي إعاقات جسدية أو صعوبات في الحركة؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p>								
<p>2.18 Do you have any sensory impairments? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems</p>	<p>2.18 هل تعاني ضعفاً في الإحساس؟ يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> عمى <input type="checkbox"/> فقدان بصر جزئي <input type="checkbox"/> فقدان سمع كامل <input type="checkbox"/> فقدان سمع جزئي <input type="checkbox"/> مشاكل تتصل بحاسة الشم و/أو التذوق</p>								
<p>2.19 Do you have any learning difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.19 هل لديك أي صعوبات تعلم؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p>								

<p>2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.20 هل هناك أي شؤون خاصة ترغب في مناقشتها/إثارتها مع اختصاصي الرعاية الصحية في زيارتك التالية؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p>
<p>Section three: Lifestyle questions</p>	<p>القسم الثالث: أسئلة تتصل بنمط الحياة</p>
<p>3.1 How often do you drink alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Monthly or less <input type="checkbox"/> 2-4 times per month <input type="checkbox"/> 2-3 times per week <input type="checkbox"/> 4 or more times per week</p> <p>There is 1 unit of alcohol in:</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>$\frac{1}{2}$ pint glass of beer</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>1 small glass of wine</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>1 single measure of spirits</p> </div> </div> </div>	<p>3.1 كم عدد المرات التي تتناول فيها الكحوليات؟</p> <p><input type="checkbox"/> مطلقاً <input type="checkbox"/> مرة واحدة شهرياً أو أقل من ذلك <input type="checkbox"/> 2-4 مرات شهرياً <input type="checkbox"/> 2-3 مرات أسبوعياً <input type="checkbox"/> 4 مرات أو أكثر أسبوعياً</p> <p>توجد وحدة واحدة من الكحول في:</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>كوب من البيرة سعته $\frac{1}{2}$ باينت</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>كوب واحد صغير من الخمر</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>مقدار واحد من المشروبات الروحية</p> </div> </div> </div>
<p>a. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 or more</p>	<p>a. كم عدد وحدات الكحول التي تتناولها في الأيام التي تعاقف فيها الشراب؟</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 أو أكثر</p>

<p>b. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Less than monthly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily</p>	<p>b. كم عدد المرات التي تناولت فيها 6 وحدات أو أكثر إذا كنت أنثى أو 8 وحدات أو أكثر إذا كنت ذكرًا في المرة الواحدة على مدار السنة الماضية؟</p> <p><input type="checkbox"/> مطلقًا <input type="checkbox"/> أقل من مرة واحدة شهريًا <input type="checkbox"/> مرة واحدة شهريًا <input type="checkbox"/> مرة واحدة أسبوعيًا <input type="checkbox"/> مرة واحدة يوميًا أو شبه يومي</p>
<p>c. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>c. هل تتعاطى أي مواد من الممكن أن تضر بصحتك، مثل القنب أو الكوكايين أو الهيروين؟</p> <p><input type="checkbox"/> مطلقًا <input type="checkbox"/> امتنعت عن تعاطي أي مواد مخدرة قد تكون مضرة <input type="checkbox"/> نعم</p>
<p>d. Do you smoke?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____</p> <p>How many years have you smoked for? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tobacco</p> <p>Would you like help to stop smoking? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>d. هل تدخن؟</p> <p><input type="checkbox"/> مطلقًا <input type="checkbox"/> توقفت عن التدخين <input type="checkbox"/> نعم</p> <p><input type="checkbox"/> سجائر كم عدد السجائر التي تدخنها يوميًا؟ _____</p> <p>منذ متى تدخن؟ _____</p> <p><input type="checkbox"/> التبغ</p> <p>هل تحتاج إلى مساعدة من أجل التوقف عن التدخين؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>
<p>e. Do you chew tobacco?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>e. هل تمضغ التبغ؟</p> <p><input type="checkbox"/> مطلقًا <input type="checkbox"/> توقفت عن مضغ التبغ <input type="checkbox"/> نعم</p>
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>القسم الرابع: التطعيمات</p>
<p>4.1 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.</p>	<p>4.1 هل حصلت على جميع التطعيمات التي يوفرها بلد منشأك للأطفال؟ إذا كان لديك سجل بالتطعيمات التي حصلت عليها، يرجى إحضاره في زيارتك.</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p>

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعرف
<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.2 هل تم تلقيحك ضد السل؟</p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعرف
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.3 هل تم تلقيحك ضد كوفيد-19؟</p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> جرعة واحدة <input type="checkbox"/> جرعتان <input type="checkbox"/> ثلاث جرعات <input type="checkbox"/> أكثر من ثلاث جرعات <input type="checkbox"/> لا أعرف
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>القسم الخامس: مخصص للإناث فقط</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes How many weeks pregnant are you? _____	<p>5.1 هل أنت حامل؟</p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> قد أكون حاملاً <input type="checkbox"/> نعم كم عمر حملك بالأسبوع؟ _____
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes What method do you use? <input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel <input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill <input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD) <input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena <input type="checkbox"/> Contraceptive injection <input type="checkbox"/> Contraceptive implant <input type="checkbox"/> Other	<p>5.2 هل تستخدمين إحدى وسائل منع الحمل؟</p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم ما الوسيلة التي تستخدمينها؟ <input type="checkbox"/> وسائل منع الحمل الحاجزة، مثل الواقي الذكري أو الحل مبيد النطف <input type="checkbox"/> حبوب منع الحمل عن طريق الفم <input type="checkbox"/> لولب نحاسي/رحمي <input type="checkbox"/> لولب هرموني/رحمي، مثل ميرينا <input type="checkbox"/> حقن منع الحمل <input type="checkbox"/> غرسة منع الحمل <input type="checkbox"/> آخر
<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p>	

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>5.3 هل تحتاجين إلى استخدام إحدى وسائل منع الحمل على نحو عاجل؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>5.4 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.</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I would like to be given more information	<p>5.4 هل سبق أن أجريت مسحة عنق الرحم أو خضعت لاختبار مسحة عنق الرحم؟ يستهدف هذا الاختبار الأطمئنان على صحة عنق رحمك ووقايتك من سرطان عنق الرحم.</p> <p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p> <p>أرغب في الحصول على مزيد من المعلومات <input type="checkbox"/></p>
<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>5.5 هل سبق أن خضعت لاستئصال الرحم (عملية لإزالة الرحم وعنق الرحم)؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>5.6 As a female patient is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>5.6 بوصفك أنثى، هل هناك أي شؤون خاصة ترغبين في مناقشتها/إثارتها مع اختصاصي الرعاية الصحية في زيارتك التالية؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>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.</p>	<p>إذا كانت هناك أي شؤون تشعرين بعدم الارتياح لمشاركتها في هذا النموذج وترغبين في مناقشتها مع أحد الأطباء، يُرجى الاتصال بالممارس العام وحجز موعد.</p>