

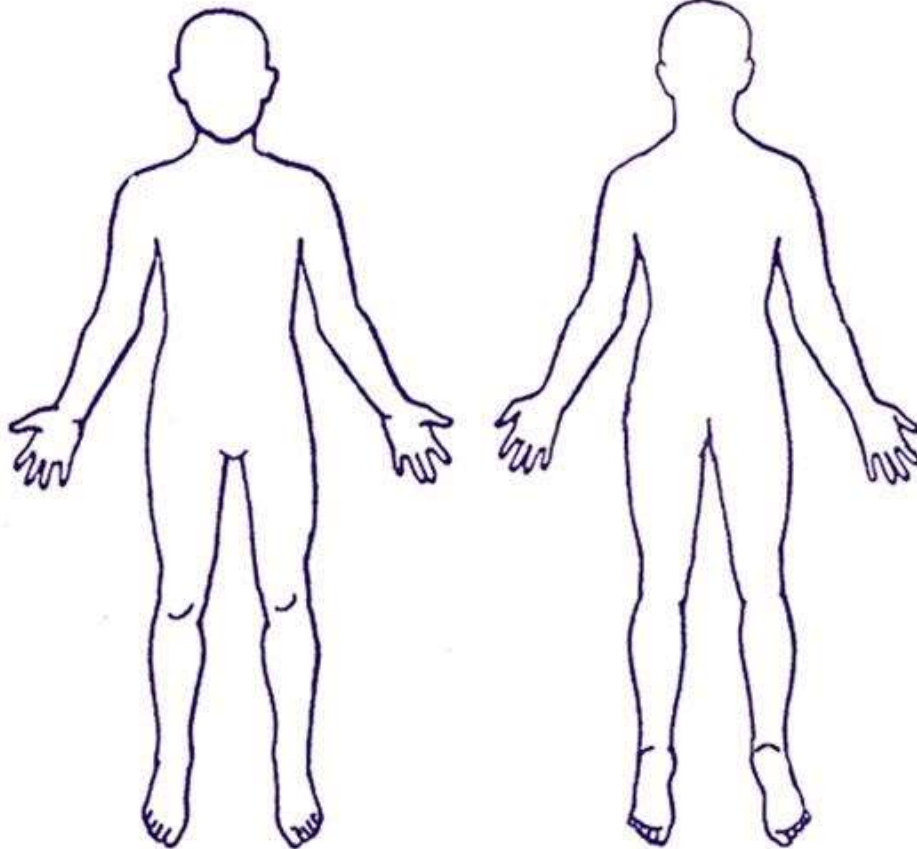
English	Français
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>Questionnaire du nouveau patient pour les migrants nouvellement arrivés au Royaume-Uni</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number 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>Tout le monde a le droit de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste. Vous n'avez pas besoin de justificatif de domicile, de statut d'immigrant, de pièce d'identité ou de numéro NHS pour vous inscrire auprès d'un médecin généraliste.</p> <p>Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations sur votre santé afin que les professionnels de santé de votre cabinet de médecine générale puissent comprendre de quel soutien, traitement et services spécialisés vous avez besoin, conformément aux politiques de confidentialité et de partage des données du service de soins britannique (National Health Service).</p> <p>Votre médecin généraliste ne divulguera pas les informations que vous fournissez à des fins autres que pour vos soins directs, sauf si : vous y avez consenti (par exemple, pour soutenir la recherche médicale) ; ou s'il est tenu de le faire par la loi (par exemple, pour protéger d'autres personnes contre un préjudice grave) ; ou parce que c'est dans l'intérêt public (par exemple, si vous souffrez d'une maladie transmissible). De plus amples informations sur la manière dont votre médecin généraliste utilisera vos informations sont disponibles auprès de votre cabinet médical.</p> <p>Renvoyez vos réponses à votre cabinet médical.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>Première partie : Informations personnelles</p>
<p>Full name:</p>	<p>Nom et prénom :</p>
<p>Address:</p>	<p>Adresse :</p>

Telephone number:	Numéro de téléphone :
Email address:	Adresse e-mail :
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	Veillez répondre à toutes les questions et cocher toutes les réponses qui vous concernent.
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 Date à laquelle le questionnaire a été rempli :
1.2 Which of the following best describes you? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.2 Laquelle des propositions suivantes vous décrit le mieux ? <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas l'indiquer
1.3 Is this the same gender you were given at birth? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.3 Est-ce le même sexe que celui que vous aviez à la naissance ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas l'indiquer
1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	1.4 Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____
1.5 Religion: <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	1.5 Religion : <input type="checkbox"/> Bouddhiste <input type="checkbox"/> Chrétien <input type="checkbox"/> Hindou <input type="checkbox"/> Juif <input type="checkbox"/> Musulman <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Autre religion <input type="checkbox"/> Pas de religion
1.6 Marital status: <input type="checkbox"/> Married/civil partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above	1.6 État civil : <input type="checkbox"/> Marié(e)/pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve

	<input type="checkbox"/> Aucunes des propositions énoncées ci-dessus
1.7 Sexual Orientation: <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 <input type="checkbox"/> Other	1.7 Orientation sexuelle : <input type="checkbox"/> Hétérosexuel(le) (attiré(e) par le sexe opposé) <input type="checkbox"/> Homosexuel(le) (attiré(e) par le même sexe) <input type="checkbox"/> Bisexuel(le) (attiré(e) par les hommes et les femmes) <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas l'indiquer <input type="checkbox"/> Autre
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 Principale langue parlée : <input type="checkbox"/> Albanais <input type="checkbox"/> Russe <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Tigrigna <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainien <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Ourdou <input type="checkbox"/> Persan <input type="checkbox"/> Vietnamien <input type="checkbox"/> Autre
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 Seconde langue parlée : <input type="checkbox"/> Albanais <input type="checkbox"/> Russe <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Tigrigna <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainien <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Ourdou <input type="checkbox"/> Persan <input type="checkbox"/> Vietnamien <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Aucune
1.10 Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.10Avez-vous besoin d'un interprète ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
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	1.11Préférez-vous un interprète masculin ou féminin ? Veuillez noter qu'en fonction de la disponibilité des interprètes, il n'est pas toujours possible de satisfaire vos préférences. <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Aucune préférence
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 Pouvez-vous lire dans votre propre langue ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> J'ai des difficultés à lire

<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I have difficulty writing</p>	<p>1.13 Êtes-vous capable d'écrire dans votre propre langue ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des difficultés à écrire</p>
<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.14 Avez-vous besoin d'un soutien en langue des signes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>
<p>1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:</p>	
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Emergency contact (if different)</u></p>
<p>Nom :</p> <p>Numéro de téléphone de la personne à contacter :</p> <p>Adresse :</p>	<p><u>Parent proche</u></p>
<p>Nom :</p> <p>Numéro de téléphone de la personne à contacter :</p> <p>Adresse :</p>	<p><u>Personne à contacter en cas d'urgence (si différent)</u></p>

Section two: Health questions	Deuxième partie : Questions de santé
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.1 Vous sentez-vous actuellement mal ou malade ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.2 Do you need an urgent help for your health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.2 Vous avez besoin d'une aide urgente pour votre problème de santé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i> <input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Night sweats <input type="checkbox"/> Extreme tiredness <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	2.3 Souffrez-vous actuellement de l'un des symptômes suivants ? <i>Cochez toutes les options applicables</i> <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Cracher du sang <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes <input type="checkbox"/> Fatigue extrême <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Rougeurs ou éruptions cutanées <input type="checkbox"/> Sang dans vos urines <input type="checkbox"/> Sang dans vos selles <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> État dépressif <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Flashbacks ou cauchemars angoissants <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Sentiment de ne pas pouvoir contrôler ses pensées ou ses actions <input type="checkbox"/> Sentiment de vouloir se faire du mal ou de renoncer à la vie <input type="checkbox"/> Autre
2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)	2.4 Veuillez indiquer sur l'image du corps la ou les zones où vous rencontrez des problèmes de santé actuellement









<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 Avez-vous des problèmes de santé connus et dont vous souffrez actuellement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</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 style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p style="padding-left: 20px;"><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>2.6 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l'un des problèmes suivants ?</p> <p>Cochez toutes les options applicables</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrite</p> <p><input type="checkbox"/> Asthme</p> <p><input type="checkbox"/> Problème sanguin</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Drépanocytose</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Thalassémie</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes dentaires</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Épilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes oculaires</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite B</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite C</p>

<input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <input type="checkbox"/> Mental health problems <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Low mood/depression <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD) <input type="checkbox"/> Previously self-harmed <input type="checkbox"/> Attempted suicide <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> VIH ou SIDA <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Problèmes rénaux <input type="checkbox"/> Problèmes de foie <input type="checkbox"/> Problème pulmonaire à long terme/difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur/dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT) <input type="checkbox"/> Antécédent d'automutilation <input type="checkbox"/> Tentative de suicide <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Maladie de la peau <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne <input type="checkbox"/> Tuberculose (TB) <input type="checkbox"/> Autre
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 Avez-vous déjà subi des opérations / chirurgie ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this?</p> <input type="checkbox"/> In the last 12 months <input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago <input type="checkbox"/> Over 3 years ago	<p>2.8 Si vous avez subi une opération chirurgicale, à quand remonte-t-elle ?</p> <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> 1 – 3 ans <input type="checkbox"/> Plus de 3 ans
<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 Avez-vous des blessures physiques suite à une guerre, des conflits ou de la torture ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<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 Avez-vous des problèmes de santé mentale ? Cela peut être la conséquence d'une guerre, d'un conflit, de tortures ou d'un départ forcé de votre pays ?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<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</p>	<p>2.11 Certains problèmes médicaux peuvent être héréditaires. Un membre de votre famille immédiate (père, mère, frères et sœurs et grands-parents) a-t-</p>

<p>any of the following? Please tick all that apply</p> <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>	<p>il/elle eu ou souffre-t-il/elle de l'une des maladies suivantes ? Cochez toutes les options applicables</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Dépression/maladie mentale <input type="checkbox"/> Crise cardiaque <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Autre</p>								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your prescribed medicines and doses in the box below</i> Please bring any prescriptions or medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 875 778 1234"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 Prenez-vous des médicaments qui vous ont été prescrits ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui –<i>Veillez indiquer les médicaments qui vous ont été prescrits et les doses dans l'espace ci-dessous</i> Veillez apporter toute ordonnance ou tout médicament à votre rendez-vous</p> <table border="1" data-bbox="826 1016 1455 1375"> <thead> <tr> <th>Nom</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Nom	Dose		
Name	Dose								
Nom	Dose								
<p>2.13 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 Craignez-vous de manquer de l'un de ces médicaments dans les prochaines semaines ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>								
<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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i> Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 1984 778 2018"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 Prenez-vous des médicaments qui n'ont pas été prescrits par un professionnel de la santé, par exemple des médicaments que vous avez achetés dans une pharmacie, un magasin, sur Internet ou que vous vous êtes fait livrer de l'étranger ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui –<i>Veillez indiquer les médicaments qui vous ont été prescrits et les doses dans l'espace ci-dessous</i></p>				
Name	Dose								

		<p align="center"><i>Veillez apporter tout médicament à votre rendez-vous</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="817 302 1241 338"><i>Nom</i></th> <th data-bbox="1241 302 1450 338"><i>Dose</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="817 338 1241 696"></td> <td data-bbox="1241 338 1450 696"></td> </tr> </tbody> </table>	<i>Nom</i>	<i>Dose</i>		
<i>Nom</i>	<i>Dose</i>					
<p>2.15 Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.15 Êtes-vous allergique à un médicament ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>				
<p>2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.16 Êtes-vous allergique à autre chose ? (par exemple, aliments, piqûres d'insectes, gants en latex) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>				
<p>2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.17 Avez-vous un handicap physique ou des problèmes de mobilité ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>				
<p>2.18 Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i> <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 Avez-vous des déficiences sensorielles ? <i>Cochez toutes les options applicables</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Perte partielle de la vue <input type="checkbox"/> Perte auditive totale <input type="checkbox"/> Perte auditive partielle <input type="checkbox"/> Problèmes d'odorat et/ou de goût</p>				
<p>2.19 Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.19 Avez-vous des problèmes d'apprentissage ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>				
<p>2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.20 Y a-t-il une question privée particulière que vous aimeriez aborder/soulever lors de votre prochain rendez-vous avec un professionnel de la santé ? <input type="checkbox"/> Non</p>				

	<input type="checkbox"/> Oui
Section three: Lifestyle questions	Troisième partie : Questions sur le mode de vie
<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> <p> <i>½ pint glass of beer</i></p> <p> <i>1 small glass of wine</i></p> <p> <i>1 single measure of spirits</i></p>	<p>3.1 À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Mensuellement ou moins <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> 4 fois ou plus par semaine</p> <p>Il y a une unité d'alcool dans :</p> <p> <i>½ pinte (275 ml) de bière</i></p> <p> <i>1 petit verre de vin</i></p> <p> <i>1 dose de spiritueux</i></p>
<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>b. Combien d'unités d'alcool consommez-vous au cours d'une journée typique lorsque vous buvez ?</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 ou plus</p>
<p>c. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or</p>	<p>c. Combien de fois avez-vous consommé 6 unités d'alcool ou plus si vous êtes une femme,</p>

<p>more if male, on a single occasion in the last year?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Less than monthly</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly</p> <p><input type="checkbox"/> Weekly</p> <p><input type="checkbox"/> Daily or almost daily</p>	<p>ou 8 unités ou plus si vous êtes un homme, en une seule occasion au cours des douze derniers mois ?</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Moins souvent qu'une fois par mois</p> <p><input type="checkbox"/> Mensuellement</p> <p><input type="checkbox"/> Hebdomadairement</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque</p>
<p>d. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>d.Prenez-vous des drogues susceptibles de nuire à votre santé, par exemple du cannabis, de la cocaïne ou de l'héroïne ?</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne prends plus de drogues qui pourraient être dangereuses</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>
<p>e. Do you smoke?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> I have quit smoking</p> <p><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?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>e.Fumez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai arrêté de fumer</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Combien de cigarettes Par jour ? _____</p> <p>Depuis combien d'années fumez-vous ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tabac</p> <p>Voulez-vous de l'aide pour arrêter de fumer ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p>f. Do you chew tobacco?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>f.Est-ce que vous chiquez du tabac ?</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai arrêté de chiquer du tabac</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>Quatrième partie : Vaccins</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?</p>	<p>4.1 Avez-vous reçu tous les vaccins infantiles proposés dans votre pays d'origine ?</p>

<p><i>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</i></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p><i>Si vous avez un carnet de vaccination, veuillez l'apporter lors de votre rendez-vous.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>
<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.2 Avez-vous été vacciné(e) contre la tuberculose (TB) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.3 Avez-vous été vacciné(e) contre le COVID-19 ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> Plus de 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>Cinquième partie : Questions pour les patientes uniquement</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1 Êtes-vous enceinte ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je pourrais être enceinte <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Vous êtes enceinte de combien de semaines ? _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>What method do you use?</p> <p><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</p>	<p>5.2 Utilisez-vous un moyen de contraception ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Quelle méthode utilisez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Contraception par action mécanique <i>par ex. préservatifs, gel</i> <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive orale <input type="checkbox"/> Stérilet/Dispositif intra-utérin (DIU)</p>

<input type="checkbox"/> Contraceptive implant <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Stérilet hormonal/Système intra-utérin (SIU) <i>par ex. Mirena</i> <input type="checkbox"/> Injection contraceptive <input type="checkbox"/> Implant contraceptif <input type="checkbox"/> Autre
5.3 Do you urgently need any contraception? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.3 Avez-vous besoin d'une contraception de toute urgence ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
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. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I would like to be given more information	5.4 Avez-vous déjà subi un frottis cervical ou un test de frottis ? Ce test permet de vérifier la santé de votre col de l'utérus et de prévenir le cancer du col de l'utérus. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir plus d'informations
5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.5 Avez-vous subi une hystérectomie (opération consistant à enlever l'utérus et le col de l'utérus) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.6 En tant que femme, y a-t-il une question privée particulière que vous aimeriez aborder/soulever lors de votre prochain rendez-vous avec un professionnel de la santé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
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.	S'il y a quelque chose qui vous gêne et que vous ne souhaitez pas partager dans ce formulaire et que vous voulez l'aborder avec un médecin, veuillez appeler votre médecin généraliste et prendre rendez-vous.