

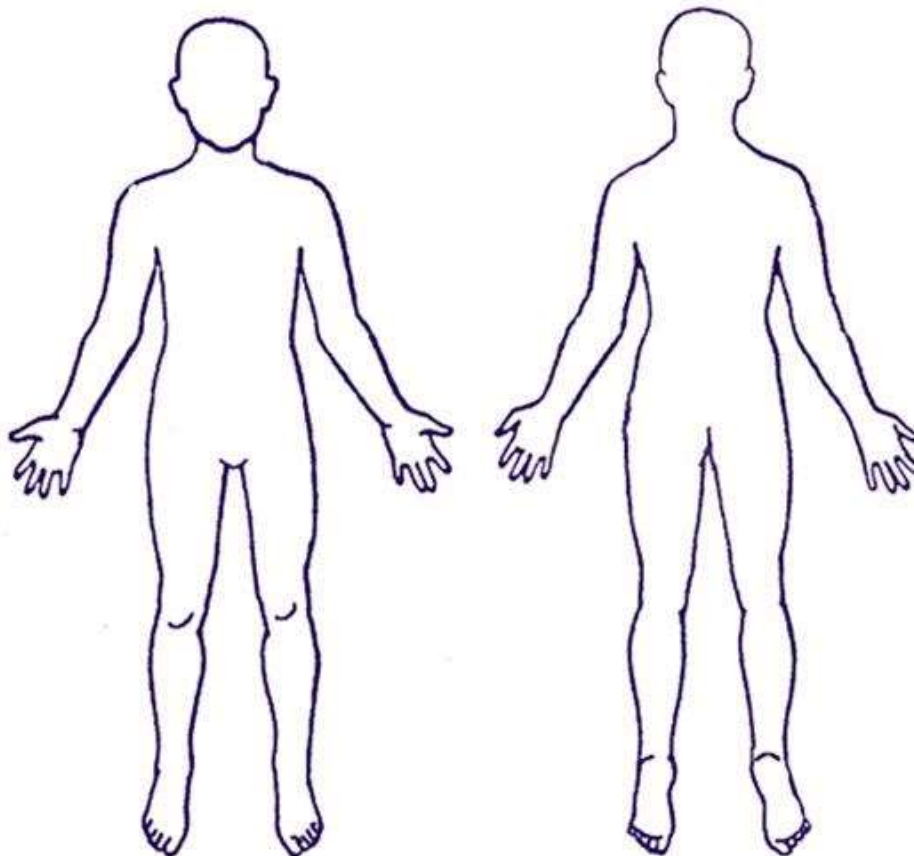
English	Lithuanian/Lietuvių
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>Naujų pacientų klausimynas migrantams naujai atvykusiems į JK</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with 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>Kiekvienas turi teisę užsiregistruoti pas šeimos daktarą. Norint užsiregistruoti pas šeimos daktarą, jums nereikia adreso, imigracijos statuso, asmens tapatybės dokumento ar NHS numerio įrodymo.</p> <p>Šis klausimynas skirtas informacijos apie jūsų sveikatą rinkimui, kad jūsų poliklinikos sveikatos specialistai suprastų, kokios pagalbos, gydymo ir paslaugų jums gali prireikti pagal Nacionalinės sveikatos tarnybos konfidencialumo ir dalijimosi duomenimis politiką.</p> <p>Jūsų šeimos daktaras neatskleis jokios informacijos, kurią pateiksite kitais nei tiesioginės priežiūros tikslais, nebent: jūs sutikote (pvz., remti medicininius tyrimus); arba jie privalo tai daryti pagal įstatymą (pvz., apsaugoti kitus žmones nuo didelės žalos); arba dėl viršesnio viešojo intereso (pvz., sergate užkrečiama liga). Daugiau informacijos apie tai, kaip jūsų šeimos daktaras naudos jūsų informaciją, rasite savo šeimos daktaro poliklinikoje.</p> <p>Pateikite atsakymus savo šeimos daktarui.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>Pirma dalis: Asmens duomenys</p>
<p>Full name:</p>	<p>Vardas ir Pavardė:</p>
<p>Address:</p>	<p>Adresas:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>Telefono numeris:</p>

Email address:	Elektroninis paštas:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	Užpildykite visus klausimus ir pažymėkite visus jums tinkamus atsakymus.
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 Klausimyno užpildymo data:
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 Kuris iš šių geriausiai apibūdina jus? <input type="checkbox"/> Vyr. <input type="checkbox"/> Mot. <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Atsakyti nenoriu
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 Ar ta pati lytis jums buvo suteikta gimus? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Atsakyti nenoriu
Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	1.4 Gimimo data: Diena _____ Mėnuo _____ Metai _____
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 Religija: <input type="checkbox"/> Budistų <input type="checkbox"/> Krikščionių <input type="checkbox"/> Induizmo <input type="checkbox"/> Žydų <input type="checkbox"/> Musulmonų <input type="checkbox"/> Sikų <input type="checkbox"/> Kita religija <input type="checkbox"/> Jokios religijos
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 Šeimyninė padėtis: <input type="checkbox"/> Vedęs/ištekėjusi <input type="checkbox"/> Išsiskyręs (-usi) <input type="checkbox"/> Našlys (-ė) <input type="checkbox"/> Nė vienas iš pateiktų
1.7 Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex)	1.7 Lytinė orientacija <input type="checkbox"/> Heteroseksuali (priešingos lyties) <input type="checkbox"/> Homoseksuali (tos pačios lyties)

<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	<input type="checkbox"/> Biseksuali (vyr. ir mot.) <input type="checkbox"/> Atsakyti nenoriu <input type="checkbox"/> Kita
<p>1.8 Main spoken language:</p> <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	<p>1.8 Pagrindinė šnekamoji kalba:</p> <input type="checkbox"/> Albanų <input type="checkbox"/> Rusų <input type="checkbox"/> Arabų <input type="checkbox"/> Tigrinų <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainiečių <input type="checkbox"/> Anglų <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persų <input type="checkbox"/> Vietnamiečių <input type="checkbox"/> Kita
<p>1.9 Second spoken language:</p> <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	<p>1.9 Antroji šnekamoji kalba</p> <input type="checkbox"/> Albanų <input type="checkbox"/> Rusų <input type="checkbox"/> Arabų <input type="checkbox"/> Tigrinų <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainiečių <input type="checkbox"/> Anglų <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persų <input type="checkbox"/> Vietnamiečių <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Nėra
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.10 Ar jums reikalingas vertėjas?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
<p>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.</p> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	<p>1.11 Ar jums labiau patiktų vertėjas vyras ar moteris? Atminkite, kad vertėjų pasiekiamumas ne visada gali atitikti jūsų pageidavimus.</p> <input type="checkbox"/> Vyr. <input type="checkbox"/> Mot. <input type="checkbox"/> Nesvarbu
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading	<p>1.12 Ar mokate skaityti savo kalba?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Man sunku skaityti
<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	<p>1.13 Ar mokate rašyti savo kalba?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Man sunku rašyti
<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No	<p>1.14 Ar jums reikalinga ženklų kalbos pagalba?</p>

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip								
<p>1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:</p> <table border="1" data-bbox="153 448 804 1579"> <tr> <td data-bbox="153 448 437 1016"> Name: Contact telephone number: Address: </td> <td data-bbox="437 448 804 1016"> <u>Next of kin</u> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="153 1016 437 1579"> Name: Contact telephone number: Address: </td> <td data-bbox="437 1016 804 1579"> Emergency contact (if different) </td> </tr> </table>	Name: Contact telephone number: Address:	<u>Next of kin</u>	Name: Contact telephone number: Address:	Emergency contact (if different)	<p>1.15 Pateikite informaciją apie savo artimuosius ir (arba) asmenį, su kuriuo galėtume susisiekti kritiniu atveju:</p> <table border="1" data-bbox="829 448 1481 1518"> <tr> <td data-bbox="829 448 1110 981"> Vardas: Kontaktinis telefono numeris: Adresas: </td> <td data-bbox="1110 448 1481 981"> <u>Artimiausias giminaitis</u> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 981 1110 1518"> Vardas: Kontaktinis telefono numeris: Adresas: </td> <td data-bbox="1110 981 1481 1518"> Kritinio atvejo kontaktas (jei skiriasi) </td> </tr> </table>	Vardas: Kontaktinis telefono numeris: Adresas:	<u>Artimiausias giminaitis</u>	Vardas: Kontaktinis telefono numeris: Adresas:	Kritinio atvejo kontaktas (jei skiriasi)
Name: Contact telephone number: Address:	<u>Next of kin</u>								
Name: Contact telephone number: Address:	Emergency contact (if different)								
Vardas: Kontaktinis telefono numeris: Adresas:	<u>Artimiausias giminaitis</u>								
Vardas: Kontaktinis telefono numeris: Adresas:	Kritinio atvejo kontaktas (jei skiriasi)								
<p>Section two: Health questions</p>	<p>Antra dalis: Sveikatos klausimai</p>								
<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 Ar šiuo metu jaučiatės blogai ar sergate? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</p>								
<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 Ar jums reikia skubios pagalbos dėl sveikatos problemų? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</p>								

<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 	<p>2.3 Ar šiuo metu turite kurį nors iš šių simptomų? <i>Pažymėkite visus tinkančius</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Svorio kritimas <input type="checkbox"/> Kosulys <input type="checkbox"/> Kosėjimas krauju <input type="checkbox"/> Naktinis prakaitavimas <input type="checkbox"/> Išsekimas <input type="checkbox"/> Kvėpavimo problemos <input type="checkbox"/> Karščiavimas <input type="checkbox"/> Viduriavimas <input type="checkbox"/> Odos nusiskundimai ir bėrimai <input type="checkbox"/> Kraujas šlapime <input type="checkbox"/> Kraujas išmatose <input type="checkbox"/> Galvos skausmai <input type="checkbox"/> Skausmas <input type="checkbox"/> Bloga nuotaika <input type="checkbox"/> Nerimas <input type="checkbox"/> Kankinantys prisiminimai ar košmarai <input type="checkbox"/> Miego sutrikimai <input type="checkbox"/> Jausmas, kad negalite kontroliuoti savo minčių ar veiksmų <input type="checkbox"/> Noras pakenkti sau arba nenoras gyventi <input type="checkbox"/> Kita
<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 Kūno atvaizde pažymėkite sritį (-is), kurioje (-iose) susiduriate su savo dabartinėmis sveikatos problemomis</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 Ar turite kokių nors žinomų besitęsiančių sveikatos problemų?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</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><input type="checkbox"/> High blood pressure</p>	<p>2.6 Ar turite arba kada nors turėjote kurią nors iš šių ligų? Pažymėkite visus tinkančius</p> <p><input type="checkbox"/> Artritas</p> <p><input type="checkbox"/> Astma</p> <p><input type="checkbox"/> Kraujo sutrikimai</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pjautuvinė anemija</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Talasemija</p> <p><input type="checkbox"/> Vėžys</p> <p><input type="checkbox"/> Dantų problemos</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetas</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsija</p> <p><input type="checkbox"/> Akių problemos</p> <p><input type="checkbox"/> Širdies problemos</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitas B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitas C</p> <p><input type="checkbox"/> ŽIV ar AIDS</p>

<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"/> Aukštas kraujospūdis <input type="checkbox"/> Inkstų problemos <input type="checkbox"/> Kepenų problemos <input type="checkbox"/> Ilgalaikės plaučių problemos / kvėpavimo sutrikimai <input type="checkbox"/> Psichinės sveikatos problemos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prastą nuotaiką ar depresiją <input type="checkbox"/> Nerimas <input type="checkbox"/> Potrauminio streso sutrikimai (PTSD) <input type="checkbox"/> Ankstesnis savęs žalojimas <input type="checkbox"/> Bandytas nusižudyti <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Osteoporozė <input type="checkbox"/> Odos ligos <input type="checkbox"/> Insultas <input type="checkbox"/> Skydliaukės liga <input type="checkbox"/> Tuberkuliozė (TB) <input type="checkbox"/> Kita
2.7 Have you ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7 Ar jums kada nors buvo atlikta kokia nors operacija ar chirurgija? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
2.8 If you have had an operation / surgery, how long ago was this? <input type="checkbox"/> In the last 12 months <input type="checkbox"/> 1 – 3 years ago <input type="checkbox"/> Over 3 years ago	2.8 Jei jums buvo atlikta operacija / chirurgija, prieš kiek laiko ji buvo atlikta? <input type="checkbox"/> Mažiau nei prieš 12 mėnesių <input type="checkbox"/> Prieš 1–3 metus <input type="checkbox"/> Daugiau nei prieš 3 metus
2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.9 Ar turite kokių nors fizinių sužalojimų, patirtų per karą, konfliktą ar kankinimus? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
2.10 Do you have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.10 Ar turite kokių nors psichinės sveikatos problemų? Tai gali būti karo, konflikto, kankinimų ar priverstinio bėgimo iš šalies padariniai. <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
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	2.11 Kai kurios sveikatos problemos gali būti susijusios su šeima. Ar jūsų artimiausi šeimos nariai (tėvas, motina, broliai, seserys ar seneliai) sirgo kuria nors iš šių ligų? Pažymėkite visus tinkančius

<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	<input type="checkbox"/> Vėžys <input type="checkbox"/> Diabetas <input type="checkbox"/> Depresija ar psichinės sveikatos liga <input type="checkbox"/> Širdies infarktas <input type="checkbox"/> Aukštas kraujospūdis <input type="checkbox"/> Insultas <input type="checkbox"/> Kita								
<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="153 768 778 1128"> <thead> <tr> <th data-bbox="153 768 564 808">Name</th> <th data-bbox="564 768 778 808">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="153 808 564 1128"></td> <td data-bbox="564 808 778 1128"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 Ar vartojate receptinius vaistus? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip - <i>toliau esančiame langelyje nurodykite jums išrašytus vaistus ir jų dozes</i> Į paskirtą apsilankymą atsineškite visus receptus arba vaistus.</p> <table border="1" data-bbox="836 801 1461 1160"> <thead> <tr> <th data-bbox="836 801 1241 842">Pavadinimas</th> <th data-bbox="1241 801 1461 842">Dozė</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="836 842 1241 1160"></td> <td data-bbox="1241 842 1461 1160"></td> </tr> </tbody> </table>	Pavadinimas	Dozė		
Name	Dose								
Pavadinimas	Dozė								
<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 Ar nerimaujate, kad per kelias ateinančias savaites gali pritrūkti šių vaistų? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</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="153 1776 778 1816"> <thead> <tr> <th data-bbox="153 1776 564 1816">Name</th> <th data-bbox="564 1776 778 1816">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="153 1816 564 1841"></td> <td data-bbox="564 1816 778 1841"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 Ar vartojate kokius nors vaistus, kurių nepaskyrė sveikatos priežiūros specialistas, pvz., vaistus, kuriuos nusipirkote vaistinėje, parduotuvėje, internetu arba kurie buvo pristatyti iš užsienio? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip - <i>toliau esančiame langelyje nurodykite vaistus ir jų dozes</i> Į paskirtą apsilankymą atsineškite visus vaistus.</p> <table border="1" data-bbox="836 1809 1461 1841"> <thead> <tr> <th data-bbox="836 1809 1241 1841">Pavadinimas</th> <th data-bbox="1241 1809 1461 1841">Dozė</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="836 1841 1241 1841"></td> <td data-bbox="1241 1841 1461 1841"></td> </tr> </tbody> </table>	Pavadinimas	Dozė		
Name	Dose								
Pavadinimas	Dozė								

2.15 Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.15 Ar turite alergiją kokiems nors vaistams? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip	
2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.16 Ar turite alergiją kam nors kitam? (pvz., maistui, vabzdžių įgėlimams, latekso pirštinėms)? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip	
2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.17 Ar turite fizinę negalią arba judumo sunkumų? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip	
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		2.18 Ar turite kokių nors jutimo sutrikimų? <i>Pažymėkite visus tinkančius</i> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Aklumas <input type="checkbox"/> Dalinis regos praradimas <input type="checkbox"/> Visiškas klausos praradimas <input type="checkbox"/> Dalinis klausos praradimas <input type="checkbox"/> Kvapo ir (arba) skonio sutrikimai	
2.19 Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.19 Ar turite mokymosi sunkumų? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip	
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		2.20 Ar yra koks nors asmeninis klausimas, kurį norėtumėte aptarti su sveikatos priežiūros specialistu per kitą apsilankymą? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip	
Section three: Lifestyle questions		Trečia dalis: Gyvenimo būdo klausimai	
3.1 How often do you drink alcohol?		3.1 Kaip dažnai vartojate alkoholį?	

<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></p> <p><i>1/2 pint glass of beer</i></p> <p></p> <p><i>1 small glass of wine</i></p> <p></p> <p><i>1 single measure of spirits</i></p>	<p> <input type="checkbox"/> Niekada <input type="checkbox"/> Kartą per mėnesį <input type="checkbox"/> 2–4 kartus per mėnesį <input type="checkbox"/> 2–3 kartus per savaitę <input type="checkbox"/> 4 ar daugiau kartų per savaitę </p> <p>1 alkoholio vienetas yra:</p> <p></p> <p><i>1/2 pintos bokalo alaus</i></p> <p></p> <p><i>1 nedidelė taurė vyno</i></p> <p></p> <p><i>1 norma spiritinių gėrimų</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. Kiek alkoholio vienetų suvartojate per įprastą dieną, kai vartojate alkoholį?</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 ar daugiau </p>
<p>c. 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>d. Kaip dažnai per pastaruosius metus vienu kartu suvartojote 6 ar daugiau vienetų (moterims), arba 8 ar daugiau vienetų (vyrams)?</p> <p> <input type="checkbox"/> Niekada <input type="checkbox"/> Rečiau nei kartą per mėnesį <input type="checkbox"/> Kas mėnesį <input type="checkbox"/> Kas savaitę <input type="checkbox"/> Kasdien ar beveik kasdien </p>

<p>e. 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>f. Ar vartojate kokius nors sveikatai kenksmingus narkotikus, pvz., kanapes, kokainą, heroiną?</p> <p><input type="checkbox"/> Niekada <input type="checkbox"/> Nustojau vartoti narkotikus, kurie gali būti kenksmingi. <input type="checkbox"/> Taip</p>
<p>g. 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>h. Ar rūkote?</p> <p><input type="checkbox"/> Niekada <input type="checkbox"/> Nustojau rūkyti <input type="checkbox"/> Taip</p> <p><input type="checkbox"/> Cigaretes Kiek per dieną? _____</p> <p>Kiek metų rūkote? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tabaką</p> <p>Ar norėtumėte nustoti rūkyti <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne</p>
<p>i. Do you chew tobacco?</p> <p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>j. Ar kramtote tabaką?</p> <p><input type="checkbox"/> Niekada <input type="checkbox"/> Nustojau kramtyti tabaką <input type="checkbox"/> Taip</p>
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>Ketvirta dalis: Skiepai</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin? <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>4.1 Ar buvote paskiepyti visais vaikystės skiepais, kurie siūlomi jūsų kilmės šalyje? <i>Jeį turite skiepų istoriją, atsineškite ją į paskirtą per kitą apsilankymą.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Nežinau</p>
<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>4.2 Ar buvote skiepyti nuo tuberkuliozės (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</p>

<input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> Nežinau
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.3 Ar buvote skiepyti nuo COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dozė</p> <p><input type="checkbox"/> 2 dozės</p> <p><input type="checkbox"/> 3 dozės</p> <p><input type="checkbox"/> Daugiau nei 3 dozės</p> <p><input type="checkbox"/> Nežinau</p>
Section five: Questions for female patients only	Penkta dalis: Klausimai tik mot. lyties pacientėms
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> I might be pregnant</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1 Ar esate nėščia?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Galiu būti nėščia</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</p> <p>Kiek laiko esate nėščia? _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p>What method do you use?</p> <p><input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel</p> <p><input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill</p> <p><input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive injection</p> <p><input type="checkbox"/> Contraceptive implant</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>5.2 Ar naudojate kontraceptines priemones?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</p> <p>Kokį metodą naudojate?</p> <p><input type="checkbox"/> Barjerinė kontracepcija, pvz., prezervatyvai, gelis</p> <p><input type="checkbox"/> Geriamosios kontraceptinės tabletės</p> <p><input type="checkbox"/> Vario spiralė arba intrauterinis prietaisas (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> Hormoninė spiralė / intrauterininė sistema (IUS), pvz., „Mirena“</p> <p><input type="checkbox"/> Kontraceptinė injekcija</p> <p><input type="checkbox"/> Kontraceptinis implantas</p> <p><input type="checkbox"/> Kita</p>
<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.3 Ar jums skubiai reikalingos kontraceptinės priemonės?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</p>
<p>5.4 Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the</p>	<p>5.4 Ar jums kada nors buvo paimtas gimdos kaklelio tepinėlis arba atliktas</p>

<p>health of your cervix and help prevent cervical cancer.</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I would like to be given more information</p>	<p>tepinėlio tyrimas? Šiuo tyrimu tikrinama gimdos kaklelio būklė ir padedama išvengti gimdos kaklelio vėžio.</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</p> <p><input type="checkbox"/> Norėčiau gauti daugiau informacijos</p>
<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.5 Ar jums buvo atlikta histerektomija (gimdos ir gimdos kaklelio pašalinimo operacija)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</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> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.6 Kaip mot. lyties pacientė, ar turite kokį nors asmeninį klausimą, kurį norėtumėte aptarti su sveikatos priežiūros specialistu per kitą apsilankymą?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</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>Jei nenorite dalintis šioje formoje ir norėtumėte tai aptarti su gydytoju, paskambinkite savo šeimos daktarui ir užsirašykite apsilankymui.</p>