

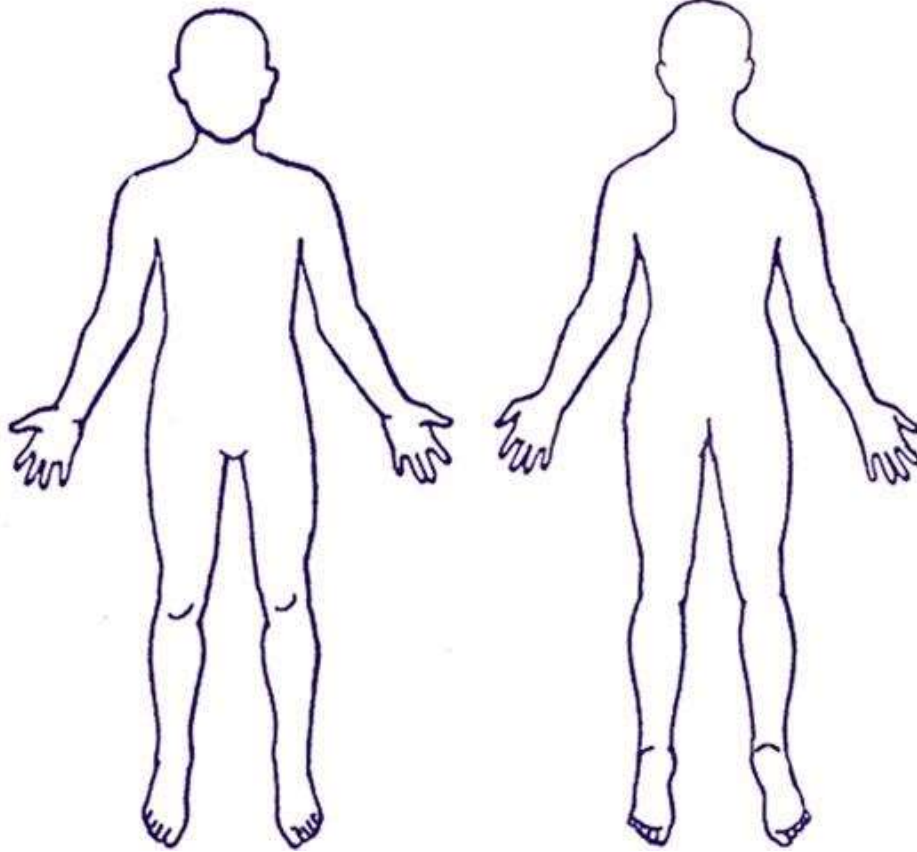
English	Romanian
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>Chestionar pentru noii pacienți destinat imigranților nou sosiți în Marea Britanie</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to 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>Orice persoană are dreptul de a se înregistra la un medic de familie. Pentru a vă înscrie la un medic de familie nu aveți nevoie de dovada adresei, a statutului de imigrant, de actul de identitate sau de un număr NHS.</p> <p>Acest chestionar are rolul de a obține informații despre starea dvs. de sănătate, astfel încât cadrele medicale de la cabinetul dvs. de medicină de familie să poată înțelege de ce tip de sprijin, tratament și servicii specializate ați putea avea nevoie, în conformitate cu politicile de confidențialitate și de partajare a datelor ale Serviciului Național de Sănătate (NHS).</p> <p>Medicul dvs. de familie nu va dezvălui nicio informație pe care o furnizați în alte scopuri decât îngrijirea dvs. directă, cu excepția cazului în care: v-ați dat consimțământul (de ex., pentru a sprijini cercetarea medicală); sau este obligat să facă acest lucru prin lege (de ex., pentru a proteja alte persoane de vătămări grave); sau pentru că există un interes public superior (de ex., suferiți de o boală transmisibilă). Informații suplimentare despre modul în care medicul dvs. de familie va utiliza datele dvs. sunt disponibile la cabinetul dvs. de medicină de familie.</p> <p>Dați răspunsurile la cabinetul medicului dvs. de familie.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>Secțiunea unu: Date personale</p>
<p>Full name:</p>	<p>Numele complet:</p>
<p>Address:</p>	<p>Adresa:</p>

Telephone number:	Numărul de telefon:
Email address:	Adresa de e-mail:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	Vă rugăm să completați toate întrebările și să bifați toate răspunsurile care vi se aplică.
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 Data completării chestionarului:
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 Care dintre următoarele vă descrie cel mai bine? <input type="checkbox"/> Sex masculin <input type="checkbox"/> Sex feminin <input type="checkbox"/> Altele <input type="checkbox"/> Prefer să nu menționez
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 Este acesta același sex cu cel care v-a fost atribuit la naștere? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Prefer să nu menționez
Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	1.4 Data de naștere: Data _____ Luna _____ Anul _____
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 Religie: <input type="checkbox"/> Budistă <input type="checkbox"/> Creștină <input type="checkbox"/> Hindușă <input type="checkbox"/> Iudaică <input type="checkbox"/> Musulmană <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Altă religie <input type="checkbox"/> Fără religie
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 Starea civilă: <input type="checkbox"/> Căsătorit(ă)/partener(ă) civil(ă) <input type="checkbox"/> Divorțat(ă) <input type="checkbox"/> Văduv(ă) <input type="checkbox"/> Niciuna din cele de mai sus

<p>1.7 Sexual Orientation:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex)</p> <p><input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex)</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>1.7 Orientarea sexuală:</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (atras(ă) de persoane de sexul opus)</p> <p><input type="checkbox"/> Homosexual (atras(ă) de persoane de același sex)</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual (atras(ă) de bărbați și femei)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer să nu menționez</p> <p><input type="checkbox"/> Altele</p>
<p>1.8 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>1.8 Limba principală vorbită:</p> <p><input type="checkbox"/> Albaneză <input type="checkbox"/> Rusă</p> <p><input type="checkbox"/> Arabă <input type="checkbox"/> Tigrină</p> <p><input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ucraineană</p> <p><input type="checkbox"/> Engleză <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persiană <input type="checkbox"/> Vietnameză</p> <p><input type="checkbox"/> Altele</p>
<p>1.9 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None</p>	<p>1.9 A doua limbă vorbită:</p> <p><input type="checkbox"/> Albaneză <input type="checkbox"/> Rusă</p> <p><input type="checkbox"/> Arabă <input type="checkbox"/> Tigrină</p> <p><input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ucraineană</p> <p><input type="checkbox"/> Engleză <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Persiană <input type="checkbox"/> Vietnameză</p> <p><input type="checkbox"/> Altele <input type="checkbox"/> Niciuna</p>
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.10 Aveți nevoie de un interpret?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p>
<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> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> I don't mind</p>	<p>1.11 Ați prefera un interpret bărbat sau femeie? Vă rugăm să rețineți că, din cauza disponibilității interpreților, este posibil să nu fie întotdeauna posibilă satisfacerea preferințelor dvs.</p> <p><input type="checkbox"/> Sex masculin</p> <p><input type="checkbox"/> Sex feminin</p> <p><input type="checkbox"/> Nu mă deranjează</p>
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I have difficulty reading</p>	<p>1.12 Știți să citiți în limba dvs.?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p> <p><input type="checkbox"/> Întâmpin dificultăți la citire</p>
<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>1.13 Știți să scrieți în limba dvs.?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p>

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	<input type="checkbox"/> Întâmpin dificultăți la scriere								
1.14 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.14 Aveți nevoie de asistență în limbajul semnelor? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da								
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency: <table border="1" data-bbox="151 627 802 1198"> <tr> <td data-bbox="151 627 435 1198"> Name: Contact telephone number: Address: </td> <td data-bbox="435 627 802 1198"> <u>Next of kin</u> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="151 1198 435 1771"> Name: Contact telephone number: Address: </td> <td data-bbox="435 1198 802 1771"> 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)	1.15 Vă rugăm să furnizați detalii despre rudele dvs. apropiate și/sau despre o persoană pe care o putem contacta în caz de urgență: <table border="1" data-bbox="828 660 1484 1198"> <tr> <td data-bbox="828 660 1112 1198"> Nume: Număr de telefon de contact: Adresa: </td> <td data-bbox="1112 660 1484 1198"> <u>Rudă</u> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="828 1198 1112 1771"> Nume: Număr de telefon de contact: Adresa: </td> <td data-bbox="1112 1198 1484 1771"> Persoană în caz de urgență (dacă este diferită) </td> </tr> </table>	Nume: Număr de telefon de contact: Adresa:	<u>Rudă</u>	Nume: Număr de telefon de contact: Adresa:	Persoană în caz de urgență (dacă este diferită)
Name: Contact telephone number: Address:	<u>Next of kin</u>								
Name: Contact telephone number: Address:	Emergency contact (if different)								
Nume: Număr de telefon de contact: Adresa:	<u>Rudă</u>								
Nume: Număr de telefon de contact: Adresa:	Persoană în caz de urgență (dacă este diferită)								
Section two: Health questions	Secțiunea doi: Întrebări referitoare la sănătate								
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.1 În prezent nu vă simțiți bine sau sunteți bolnav(ă)? <input type="checkbox"/> Nu								

<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><input type="checkbox"/> Da</p> <p>2.2 Aveți nevoie de asistență urgentă pentru problema dvs. de sănătate?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da</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 <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>	<p>2.3 Aveți în prezent oricare dintre următoarele simptome? <i>Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pierderea greutateii <input type="checkbox"/> Tuse <input type="checkbox"/> Tuse cu sânge <input type="checkbox"/> Transpirații nocturne <input type="checkbox"/> Oboseală extremă <input type="checkbox"/> Probleme de respirație <input type="checkbox"/> Stări febrile <input type="checkbox"/> Diaree <input type="checkbox"/> Afecțiuni ale pielii sau erupții cutanate</p> <p><input type="checkbox"/> Sânge în urină <input type="checkbox"/> Sânge în materiile fecale <input type="checkbox"/> Durere de cap <input type="checkbox"/> Durere <input type="checkbox"/> Stare de spirit scăzută <input type="checkbox"/> Anxietate <input type="checkbox"/> Flashback-uri sau coșmaruri tulburătoare <input type="checkbox"/> Dificultate la a dormi <input type="checkbox"/> Sentimentul că nu vă puteți controla gândurile sau acțiunile <input type="checkbox"/> Sentimentul că vreți să vă faceți rău sau să renunțați la viață <input type="checkbox"/> Altele</p>
<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 Vă rugăm să marcați pe imaginea corpului zona(le) în care vă confrunțați cu problema(le) actuală(le) de sănătate</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 Aveți probleme de sănătate cunoscute cu care vă confrunțați mereu?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</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: 40px;"><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p style="padding-left: 40px;"><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 Suferiți sau ați suferit vreodată de una dintre următoarele afecțiuni? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică</p> <p><input type="checkbox"/> Artrită</p> <p><input type="checkbox"/> Astm</p> <p><input type="checkbox"/> Afecțiuni ale sângelui</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Siclemie</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Talasemie</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Afecțiuni dentare</p> <p><input type="checkbox"/> Diabet</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Afecțiuni oculare</p> <p><input type="checkbox"/> Afecțiuni cardiace</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatita B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatita C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV sau SIDA</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"/> Tensiune arterială ridicată <input type="checkbox"/> Afecțiuni legate de rinichi <input type="checkbox"/> Afecțiuni legate de ficat <input type="checkbox"/> Afecțiuni pulmonare pe termen lung/dificultăți de respirație <input type="checkbox"/> Afecțiuni legate de sănătatea mintală <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stare de spirit scăzută/depresie <input type="checkbox"/> Anxietate <input type="checkbox"/> Tulburare de stres posttraumatic (PTSD) <input type="checkbox"/> Auto-vătămare în trecut <input type="checkbox"/> Tentativă de sinucidere <input type="checkbox"/> Altele <input type="checkbox"/> Osteoporoză <input type="checkbox"/> Boală de piele <input type="checkbox"/> Accident vascular cerebral <input type="checkbox"/> Boala tiroidiană <input type="checkbox"/> Tuberculoză (TB) <input type="checkbox"/> Altele
2.7 Have you ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7 Ați suferit vreodată vreo operație / intervenție chirurgicală? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
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 Dacă ați suferit o operație / intervenție chirurgicală, cu cât timp în urmă a avut loc aceasta? <input type="checkbox"/> În ultimele 12 luni <input type="checkbox"/> 1 - 3 ani în urmă <input type="checkbox"/> Mai mult de 3 ani în urmă
2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.9 Aveți vreo rană fizică provocată de război, situații de conflict sau tortură? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
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 Suferiți de probleme legate de sănătatea mintală? Acestea ar putea fi cauzate de război, situații de conflict, tortură sau de faptul că ați fost forțat(ă) să vă părăsiți țara? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
2.11 Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings,	2.11 Unele probleme medicale pot fi întâlnite în familie. Un membru al familiei dvs. apropiate (tată, mamă, frați și bunici)

<p>and grandparents) had or suffered from 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>a avut sau a suferit de una dintre următoarele afecțiuni? Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Depresie/boală de sănătate mintală <input type="checkbox"/> Atac de cord <input type="checkbox"/> Tensiune arterială ridicată <input type="checkbox"/> Accident vascular cerebral <input type="checkbox"/> Altele</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 Luați vreun medicament prescris? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da - <i>vă rugăm să enumerați medicamentele prescrise și dozele în căsuța de mai jos</i> Vă rugăm să aduceți toate rețetele sau medicamentele la programare</p> <table border="1" data-bbox="826 909 1455 1267"> <thead> <tr> <th>Denumire</th> <th>Doză</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Denumire	Doză		
Name	Dose								
Denumire	Doză								
<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 Vă faceți griji că veți rămâne fără aceste medicamente în următoarele câteva săptămâni? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da</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 1883 778 1917"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 Luați medicamente care nu au fost prescrise de un profesionist din domeniul sănătății, de ex., medicamente cumpărate de la o farmacie/un magazin/pe internet sau livrate din străinătate? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da - <i>vă rugăm să enumerați medicamentele și dozele în căsuța de mai jos</i> Vă rugăm să aduceți toate medicamentele la programare</p> <table border="1" data-bbox="826 1917 1455 1951"> <thead> <tr> <th>Denumire</th> <th>Doză</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Denumire	Doză		
Name	Dose								
Denumire	Doză								

2.15	Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.15	Sunteți alergic(ă) la vreun medicament? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
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	Sunteți alergic(ă) la altceva? (de ex., alimente, înțepături de insecte, mănuși din latex)? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
2.17	Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17	Aveți vreun handicap fizic sau dificultăți de mobilitate? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
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	Aveți vreo deficiență senzorială? <i>Vă rugăm să bifați toate variantele care se aplică</i> <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Orbire <input type="checkbox"/> Pierderea parțială a vederii <input type="checkbox"/> Pierderea completă a auzului <input type="checkbox"/> Pierderea parțială a auzului <input type="checkbox"/> Probleme legate de miros și/sau gust
2.19	Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.19	Aveți dificultăți de învățare? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
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	Există vreo problemă specială de natură privată pe care ați dori să o discutați/abordați la următoarea dvs. întâlnire cu un profesionist din domeniul sănătății? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da

Section three: Lifestyle questions	Secțiunea trei: Întrebări privind stilul de viață
<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;">½ pint glass of beer</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;">1 small glass of wine</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;">1 single measure of spirits</div> </div> </div>	<p>3.1 Cât de des consumați alcool?</p> <p><input type="checkbox"/> Niciodată <input type="checkbox"/> Lunar sau mai puțin <input type="checkbox"/> De 2-4 ori pe lună <input type="checkbox"/> De 2-3 ori pe săptămână <input type="checkbox"/> De 4 ori sau mai mult pe săptămână</p> <p>Există 1 unitate de alcool în:</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;">½ pahar cu bere</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;">  <div style="margin-left: 10px;">1 pahar mic cu vin</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;">1 măsură unică de băuturi spirtoase</div> </div> </div>
<p>3.2 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>3.2 Câte unități de alcool consumați într-o zi obișnuită când beți?</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 sau mai multe</p>
<p>3.3 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</p>	<p>3.3 Cât de des ați consumat 6 sau mai multe unități, dacă sunteți femeie, sau 8 sau mai multe unități, dacă sunteți bărbat, într-o singură ocazie în ultimul an?</p> <p><input type="checkbox"/> Niciodată <input type="checkbox"/> Mai puțin decât lunar</p>

<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily	<input type="checkbox"/> Lunar <input type="checkbox"/> Săptămânal <input type="checkbox"/> Zilnic sau aproape zilnic
<p>3.4 Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.4 Consumați droguri care ar putea fi dăunătoare pentru sănătatea dvs., de ex., canabis, cocaină, heroină?</p> <input type="checkbox"/> Niciodată <input type="checkbox"/> Am renunțat să mai consum droguri care ar putea fi dăunătoare <input type="checkbox"/> Da
<p>3.5 Do you smoke?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.5 Fumați?</p> <input type="checkbox"/> Niciodată <input type="checkbox"/> Am renunțat la fumat <input type="checkbox"/> Da
<p>3.6 Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.6 Mestecați tutun?</p> <input type="checkbox"/> Niciodată <input type="checkbox"/> Am renunțat la mestecatul tutunului <input type="checkbox"/> Da
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>Secțiunea patru: Vaccinări</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> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.1 Ați făcut toate vaccinurile pentru copii oferite în țara dvs. de origine? Dacă aveți o fișă cu istoricul vaccinărilor, vă rugăm să o aduceți la programare.</p> <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu știu

<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.2 Ați fost vaccinat(ă) împotriva tuberculozei (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p> <p><input type="checkbox"/> Nu știu</p>
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>4.3 Ați fost vaccinat(ă) împotriva COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 doză</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 doze</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 doze</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Mai mult de 3 doze</p> <p><input type="checkbox"/> Nu știu</p>
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>Secțiunea cinci: Întrebări numai pentru pacienții de sex feminin</p>
<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 style="padding-left: 40px;">How many weeks pregnant are you? _____</p>	<p>5.1 Sunteți însărcinată?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Se poate să fiu însărcinată</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p> <p style="padding-left: 40px;">În câte săptămâni de sarcină sunteți? _____</p>
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 40px;">What method do you use?</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Contraceptive injection</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Contraceptive implant</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Other</p>	<p>5.2 Folosiți metode contraceptive?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p> <p style="padding-left: 40px;">Ce metode folosiți?</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Contracepție de barieră, de ex. prezervativă, gel</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Pastilă contraceptivă orală</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Sterilet din cupru/dispozitiv intrauterin (DIU)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Sterilet hormonal/sistem intrauterin (IUS), de ex. Mirena</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Injecție contraceptivă</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Implant contraceptiv</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Altele</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 Aveți nevoie urgentă de contracepție?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</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 Ați făcut vreodată un frotiu cervico-vaginal sau un test de frotiu? Acesta este</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>un test pentru a verifica starea de sănătate a colului uterin și pentru a ajuta la prevenirea cancerului de col uterin.</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</p> <p><input type="checkbox"/> Aș dori să primesc mai multe informații</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 Ați suferit o histerectomie (operație de îndepărtare a uterului și a colului uterin)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</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 În calitate de pacient de sex feminin, există vreo problemă specială de natură privată pe care ați dori să o discutați/abordați la următoarea dvs. întâlnire cu un profesionist din domeniul sănătății?</p> <p><input type="checkbox"/> Nu</p> <p><input type="checkbox"/> Da</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>Dacă există ceva ce nu doriți să împărtășiți în acest formular și doriți să discutați cu un medic, vă rugăm să vă sunați medicul de familie și să faceți o programare.</p>