

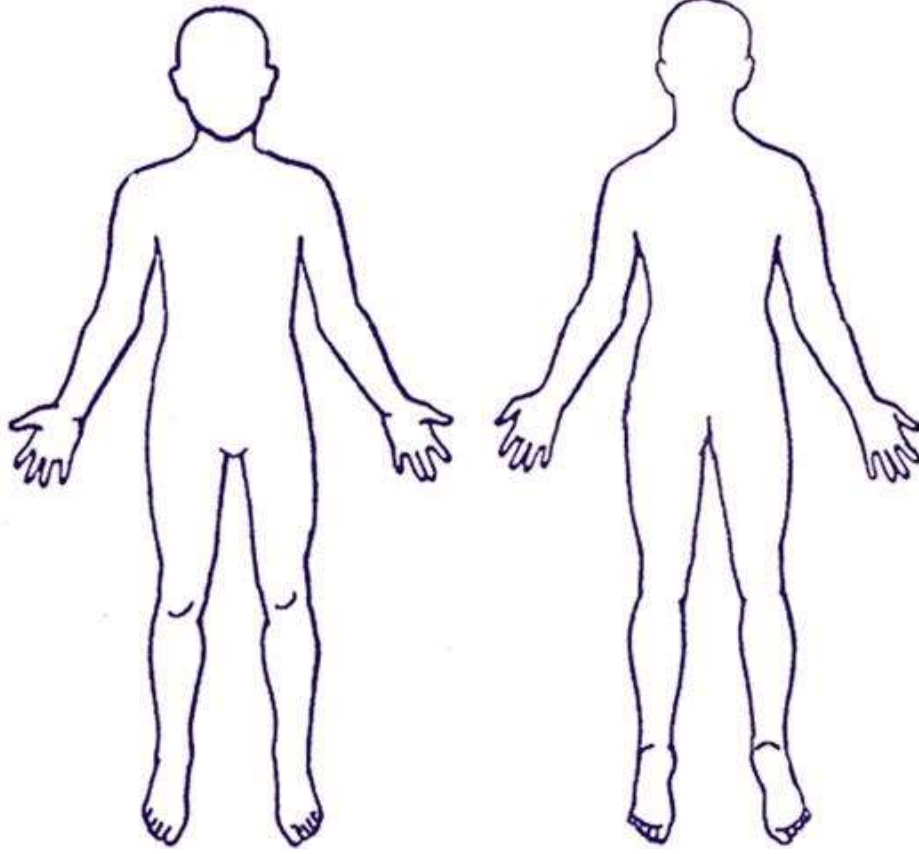
English	Türkçe
<b>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</b>	<b>Birleşik Krallık'a Yeni Gelen Göçmenlere Yönelik Sağlık Anketi</b>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP.</p> <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>Herkesin Genel Pratisyeniğe (GP) başvurma hakkı bulunmaktadır. GP'ye başvurmak için adres, göçmenlik statüsü, kimlik veya USH (Ulusal Sağlık Hizmetleri) numarasına ihtiyaç yoktur.</p> <p>Bu anketin amacı GP hizmetleri sağlayan sağlık uzmanlarının, Ulusal Sağlık Hizmetinin gizlilik ve veri paylaşımı politikalarına uygun olarak ne tür destek, tedavi ve uzmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyabileceğinizi anlayabilmesi için sağlığınız hakkında bilgi toplamaktır.</p> <p>GP hizmeti sağlayıcınız, siz onay vermedikçe (örn. herhangi bir tıbbi araştırmanın desteklenmesi gibi); kanunen sağlık hizmeti sağlayıcınıza müsaade edilmedikçe (örn. diğer insanları ciddi zararlardan korumak gibi); veya kamu yararı öne çıkmadıkça (örn. bulaşıcı bir hastalıktan muzdarip olunması gibi) doğrudan sağlığınız ile ilgili olması dışında verdiğiniz hiçbir bilgiyi açıklamayacaktır. Pratisyen Hekiminizin verdiğiniz bilgileri nasıl kullanabileceği hakkında daha fazla bilgiyi GP hizmeti sağlayıcınızdan ulaşabilirsiniz.</p> <p>Cevaplarınızı GP hizmeti sağlayıcınıza iletmeniz rica olunur.</p>
<b>Section one: Personal details</b>	<b>Bölüm Bir: Kişisel Bilgiler</b>
Full name:	Ad Soyad:
Address:	Adres:
Telephone number:	Telefon Numarası:

Email address:	E-posta adresi:
<b>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</b>	<b>Lütfen tüm soruları size uyan seçenekleri işaretleyerek tamamlayın.</b>
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 Anketin tamamlanma tarihi:
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 Aşağıdakilerden hangisi sizi tanımlamaktadır? <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Belirtmemeyi tercih ederim
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 Yukarıda verdiğiniz cevap doğuştan gelen cinsiyetiniz midir? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Belirtmemeyi tercih ederim
<b>Date of birth:</b> <b>Date</b> _____ <b>Month</b> _____ <b>Year</b> _____	1.4 Doğum tarihi: Gün _____ Ay _____ Yıl _____
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 Dinî inancınız: <input type="checkbox"/> Budist <input type="checkbox"/> Hristiyan <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Yahudi <input type="checkbox"/> Müslüman <input type="checkbox"/> Sih <input type="checkbox"/> Diğer dinî inanç <input type="checkbox"/> Dinî inancım yok
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 Medeni durumunuz: <input type="checkbox"/> Evli/Sivil birliktelik <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Yukarıdakilerin hiçbiri
1.7 Sexual Orientation:	1.7 Cinsel Yönelim: <input type="checkbox"/> Heteroseksüel (karşı cinse yönelim)

<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	<input type="checkbox"/> Homoseksüel (aynı cinse yönelim) <input type="checkbox"/> Biseksüel (her iki cinse yönelim) <input type="checkbox"/> Belirtmemeyi tercih ederim <input type="checkbox"/> Diğer
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 Konuşulan ana dil:  <input type="checkbox"/> Arnavutça <input type="checkbox"/> Rusça <input type="checkbox"/> Arapça <input type="checkbox"/> Tigrinya dili <input type="checkbox"/> Darice <input type="checkbox"/> Ukraynaca <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Urduca <input type="checkbox"/> Farsça <input type="checkbox"/> Vietnamca <input type="checkbox"/> Diğer
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 Konuşulan ikinci dil:  <input type="checkbox"/> Arnavutça <input type="checkbox"/> Rusça <input type="checkbox"/> Arapça <input type="checkbox"/> Tigrinya dili <input type="checkbox"/> Darice <input type="checkbox"/> Ukraynaca <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Urduca <input type="checkbox"/> Farsça <input type="checkbox"/> Vietnamca <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hiçbiri
1.10 Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.10 Tercümana ihtiyacınız var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
1.11 Would you prefer a male or a female interpreter? Please be aware that interpreter availability might mean it is not always possible to meet your preference. <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	1.11 Erkek mi yoksa kadın tercüman mı tercih edersiniz? Lütfen, tercüman tercihinizin, tercüman müsaitlik durumuna göre her zaman tercihinize uygun olmayabileceğini unutmayın. <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Fark etmez
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 Kendi dilinizde okuyabiliyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Okumakta zorlanıyorum
1.13 Are you able to write in your own language? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	1.13 Kendi dilinizde yazabiliyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Yazmakta zorlanıyorum

1.14 Do you need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		1.14 İşaret dili desteğine ihtiyaç duyuyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet							
1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:		1.15 Lütfen, acil durumda iletişime geçebileceğimiz yakın bir akrabanızın ve/veya birinin bilgilerini ekleyin:							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Name:  Contact telephone number:  Address:</td> <td><u>Next of kin</u></td> </tr> <tr> <td>Emergency contact (if different)</td> </tr> </table>		Name:  Contact telephone number:  Address:	<u>Next of kin</u>	Emergency contact (if different)	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Ad:  İrtibat numarası:  Adres:</td> <td><u>Yakınlık derecesi</u></td> </tr> <tr> <td>Acil durum iletişim bilgisi (farklı ise)</td> </tr> </table>		Ad:  İrtibat numarası:  Adres:	<u>Yakınlık derecesi</u>	Acil durum iletişim bilgisi (farklı ise)
Name:  Contact telephone number:  Address:	<u>Next of kin</u>								
	Emergency contact (if different)								
Ad:  İrtibat numarası:  Adres:	<u>Yakınlık derecesi</u>								
	Acil durum iletişim bilgisi (farklı ise)								
<b>Section two: Health questions</b>		<b>Bölüm iki: Sağlık soruları</b>							
2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		2.1 Şu anda rahatsız veya hasta hissediyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet							
2.2 Do you need an urgent help for your health problem?		2.2 Sağlık sorunuz ile ilgili acil yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?							

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></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>2.3 Şu anda aşağıda verilen belirtilerden herhangi birini taşıyor musunuz? <i>Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin</i></p> <input type="checkbox"/> Kilo kaybı <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Kanlı öksürük <input type="checkbox"/> Gece terlemesi <input type="checkbox"/> Aşırı yorgunluk <input type="checkbox"/> Solunum sorunları <input type="checkbox"/> Ateş <input type="checkbox"/> İshal <input type="checkbox"/> Cilt şikayetleri veya döküntüleri <input type="checkbox"/> Kanlı idrar <input type="checkbox"/> Kanlı dışkı <input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Düşük ruh hali <input type="checkbox"/> Kaygı <input type="checkbox"/> Üzücü olay anımsamaları veya kabuslar <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> Düşünce veya eylemlerinizi kontrol edememe hissi <input type="checkbox"/> Kendinize zarar verme veya hayatınızı sonlandırma hissi <input type="checkbox"/> Diğer
<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 Lütfen, mevcut sağlık sorununu (veya sorunlarını) hissettiğiniz noktayı (veya noktaları) vücut görselinde işaretleyin</p>









<p>2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.5 Devam etmekte olup farkında olduğunuz sağlık sorunlarınız var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</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 <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder     <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia     <input type="checkbox"/> Thalassaemia <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dental problems <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV or AIDS <input type="checkbox"/> High blood pressure</p>	<p>2.6 Aşağıdakilerden hangilerini şu anda geçiriyorsunuz veya önceden geçirdiniz? Lütfen, uyan tüm seçenekleri işaretleyin</p> <p><input type="checkbox"/> Artrit (eklem romatizması) <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Kanama bozukluğu     <input type="checkbox"/> Orak hücre anemisi     <input type="checkbox"/> Talasemi (Akdeniz anemisi) <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diş hastalıkları <input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Epilepsi (Sara) <input type="checkbox"/> Göz hastalıkları <input type="checkbox"/> Kalp hastalıkları <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> HIV veya 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 <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"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Böbrek hastalıkları <input type="checkbox"/> Karaciğer hastalıkları <input type="checkbox"/> Uzun-dönem ciğer hastalıkları/solunum rahatsızlıkları <input type="checkbox"/> Akıl sağlığı bozuklukları <input type="checkbox"/> Düşük ruh hali/depresyon <input type="checkbox"/> Kaygı <input type="checkbox"/> Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) <input type="checkbox"/> Geçmişte kendine zarar verme <input type="checkbox"/> İntihar teşebbüsü <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Osteoporoz (Kemiz erimesi) <input type="checkbox"/> Cilt hastalığı <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Tiroid hastalığı <input type="checkbox"/> Tüberküloz (verem) <input type="checkbox"/> Diğer
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 Hiç cerrahi/ameliyat geçirdiniz mi?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
<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 Eğer geçirdiyse, cerrahi/ameliyatınız ne kadar zaman önceydi?</p> <input type="checkbox"/> Son 12 ay içinde <input type="checkbox"/> 1 – 3 yıl önce <input type="checkbox"/> 3 yıldan daha önce
<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 Savaş, çatışma veya işkence kaynaklı fiziksel yaralanmanız var mı?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
<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 Hiç akıl sağlığı ile ilgili rahatsızlığınız var mı? Bunlar savaş, çatışma ve işkence sonrası veya ülkenizden kaçıma zorlanmadan kaynaklı olabilir.</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
<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 Bazı sağlık sorunları aile kan bağı kaynaklı olabilir. Birinci derece kan bağı olan (örn. baba, anne, kardeş veya büyükbaba, büyükanne) bir aile bireyi aşağıdakilerden herhangi birini geçirdi</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>mi? Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin</p> <p><input type="checkbox"/> Kanser  <input type="checkbox"/> Diyabet  <input type="checkbox"/> Depresyon/Akıl sağlığı hastalığı  <input type="checkbox"/> Kalp krizi  <input type="checkbox"/> Hipertansiyon  <input type="checkbox"/> Felç  <input type="checkbox"/> Diğer</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>  <b>Please bring any prescriptions or medications to your appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 840 778 1189"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 Reçeteli ilaç kullanıyor musunuz?  <input type="checkbox"/> Hayır  <input type="checkbox"/> Evet – <i>Lütfen alttaki kutu içine reçeteli ilaçlarınızı ve dozlarını belirtin</i>  <b>Lütfen randevunuza gelirken reçetelerinizi veya ilaçlarınızı yanınızda bulundurun</b></p> <table border="1" data-bbox="831 875 1458 1189"> <thead> <tr> <th>İsim</th> <th>Doz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	İsim	Doz		
Name	Dose								
İsim	Doz								
<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 Bu ilaçlardan herhangi birinin gelecek haftalarda tükeneceği endişesi duyuyor musunuz?  <input type="checkbox"/> Hayır  <input type="checkbox"/> Evet</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>  <b>Please bring any medications to your appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 1809 778 1843"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 Herhangi bir sağlık uzmanı tarafından yazılmamış, reçeteli olmayan (örn. bir eczane/mağaza/internet veya yurt dışından aldığınız) ilaç kullanıyor musunuz?  <input type="checkbox"/> Hayır  <input type="checkbox"/> Evet –<i>Lütfen alttaki kutu içine ilaçları ve dozlarını belirtin</i>  <b>Lütfen randevunuza gelirken ilaçlarınızı yanınızda bulundurun</b></p> <table border="1" data-bbox="831 1809 1458 1843"> <thead> <tr> <th>İsim</th> <th>Doz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	İsim	Doz		
Name	Dose								
İsim	Doz								



2.15	Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.15	Herhangi bir ilaca alerjiniz var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
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	Başka herhangi bir şeye alerjiniz var mı? (örn. gıda, böcek sokmaları, lateks eldivenler gibi) <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2.17	Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17	Herhangi bir fiziksel engeliniz veya hareket kısıtlılığınız var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
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	Herhangi bir duyuusal bozukluğunuz var mı? <i>Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin</i> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Körlük <input type="checkbox"/> Kısmi görme kaybı <input type="checkbox"/> Tam işitme kaybı <input type="checkbox"/> Kısmi işitme kaybı <input type="checkbox"/> Koku ve/veya tat alma sorunları
2.19	Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.19	Herhangi bir öğrenme güçlüğüünüz var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
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	Bir sağlık uzmanıyla hususi olarak bir sonraki randevunuzda görüşmek/dikkat çekmek istediğiniz özel bir sorunuz var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

Section three: Lifestyle questions	Bölüm üç: Hayat tarzınız ile ilgili sorular
<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><i>There is <b>1 unit</b> of alcohol in:</i></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 Ne sıklıkta alkol tüketirsiniz?</p> <p><input type="checkbox"/> Hiç  <input type="checkbox"/> Ayda bir veya daha az  <input type="checkbox"/> Ayda 2-4 defa  <input type="checkbox"/> Haftada 2-3 defa  <input type="checkbox"/> Haftada 4 veya daha fazla</p> <p><b>1 birim</b> alkol, aşağıdakilerden hangisinin ölçüsüdür:</p> <p>  <i>½ bardak bira (236.5ml)</i></p> <p>  <i>1 küçük kadeh şarap</i></p> <p>  <i>1 ölçü cin veya viski</i></p>
<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 Normal bir günde kaç birim alkol tüketirsin?</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 veya daha fazla</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  <input type="checkbox"/> Weekly</p>	<p>3.3 Son bir yıl içinde ne sıklıkta kadın iseniz 6 veya daha fazla birim, erkek iseniz 8 veya daha fazla birim alkol tüketiminiz oldu?</p> <p><input type="checkbox"/> Hiç  <input type="checkbox"/> Ayda birden daha az  <input type="checkbox"/> Aylık</p>

<input type="checkbox"/> Daily or almost daily	<input type="checkbox"/> Haftalık <input type="checkbox"/> Günlük veya yaklaşık olarak günlük
3.4 Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	3.4Sağlığınıza zararlı olabilecek maddeler alıyor musunuz, örn. kenevir, kokain, eroin? <input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Zararlı olabilecek madde alımımı bıraktım <input type="checkbox"/> Evet
3.5 Do you smoke? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____  How many years have you smoked for? _____  <input type="checkbox"/> Tobacco  Would you like help to stop smoking? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	3.5Sigara içiyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Bıraktım <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Sigara Günlük kaç adet? _____  Kaç yıldır sigara içiyorsunuz? _____  <input type="checkbox"/> Tütün  Sigara içmeyi bırakmak için yardım ister misiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
3.6 Do you chew tobacco? <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	3.6Tütün çiğner misiniz? <input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Tütün çiğnemeyi bıraktım <input type="checkbox"/> Evet
<b>Section four: Vaccinations</b>	<b>Bölüm dört: Aşılar</b>
4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin? <b><i>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</i></b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	4.1Ülkenizde geçerli tüm çocukluk aşılarınızı yaptırdınız mı? <b><i>Aşı geçmişinizi gösteren kayıtlarınız varsa, randevunuza gelirken lütfen, yanınızda bulundurun.</i></b> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Bilmiyorum
4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?	4.2Tüberküloz (verem) aşısı oldunuz mu? <input type="checkbox"/> Hayır

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Bilmiyorum
4.3 Have you been vaccinated against COVID-19? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know	4.3 KOVİD-19 aşısı oldunuz mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> 1 doz <input type="checkbox"/> 2 doz <input type="checkbox"/> 3 doz <input type="checkbox"/> 3 dozdan fazla <input type="checkbox"/> Bilmiyorum
Section five: Questions for female patients only	Bölüm beş: Kadın hastalara özel sorular
5.1 Are you pregnant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes How many weeks pregnant are you? _____	5.1 Gebe misiniz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Gebe olma ihtimalim var <input type="checkbox"/> Evet Kaç haftalık gebesiniz? _____
5.2 Do you use contraception? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes What method do you use? <input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel <input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill <input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD) <input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena <input type="checkbox"/> Contraceptive injection <input type="checkbox"/> Contraceptive implant <input type="checkbox"/> Other	5.2 Gebelikten korunuyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Hangi yöntemi kullanıyorsunuz? <input type="checkbox"/> Bariyer yöntemler örn. prezervatif, jel <input type="checkbox"/> Doğum kontrol hapi <input type="checkbox"/> Bakır Bobin/Rahim içi cihaz (RİA) <input type="checkbox"/> Hormonal sarmal/Rahim içi Sistem (IUS) örn. Mirena <input type="checkbox"/> Doğum kontrol enjeksiyonu <input type="checkbox"/> Doğum kontrol implantı <input type="checkbox"/> Diğer
5.3 Do you urgently need any contraception? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.3 Acil olarak gebelikten korunma ihtiyacınız var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
5.4 Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the	5.4 Hiç servikal smear (sürüntü) veya smear testi yaptırdınız mı? Bu test rahim

<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>ağzınızın sağlığını kontrol etmek ve rahim ağzı kanserini önlemeye yardımcı olmak için yapılan bir testtir.</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Daha fazla bilgiye sahip olmak isterim</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 Histerektomi (rahmin ve rahim ağzının alınması ameliyatı) geçirdiniz mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</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 Bir kadın hasta olarak, bir sağlık uzmanıyla hususi olarak bir sonraki randevunuzda görüşmek/dikkat çekmek istediğiniz özel bir konunuz var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</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>Bu ankette paylaşmaktan çekindiğiniz bir konu varsa ve bunu bir doktorla görüşmek istiyorsanız lütfen hekiminizi arayıp randevu alınız.</p>