

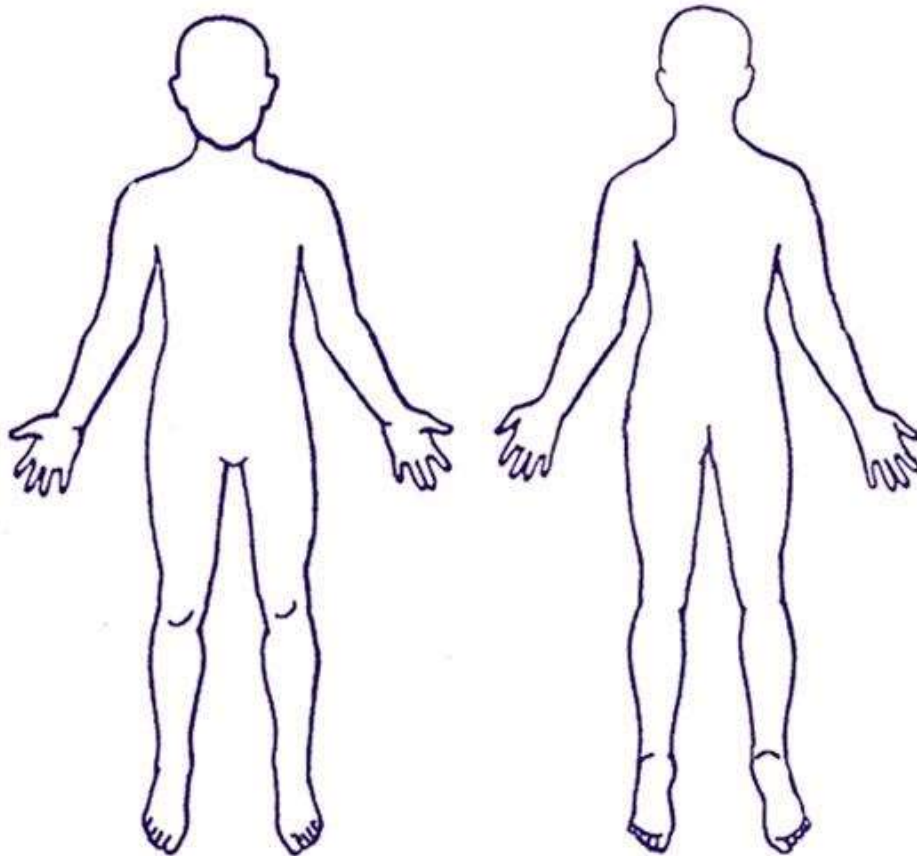
English	Albanian / Anglisht
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>Pyetësori për pacientët e ardhur rishas si emigrantë në Mbretërinë e Bashkuar: Fëmijët dhe të rinjtë</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP</p> <p>This questionnaire is to collect information about children’s health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services they may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</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>Kushdo ka të drejtën e regjistrimit pranë mjekut të familjes (GP). Nuk keni nevojë për vërtetim adrese ose dokument emigracioni, letërnjoftim ose një numër NHS për t'u regjistruar pranë mjekut të familjes</p> <p>Ky pyetësor ka për qëllim të mbledhë informacion rreth shëndetit të fëmijës suaj në mënyrë që ekspertët e kujdesit shëndetësor pranë klinikës suaj të mjekut të familjes të mund të kuptojnë se çfarë mbështetje, trajtimi dhe shërbimesh të specializuara mund t'ju nevojiten në përputhje me politikat e konfidencialitetit dhe përcjelljes së të dhënave të Shërbimit Shëndetësor Kombëtar (NHS).</p> <p>Të rinjtë kompetentë të moshës nën 18 vjeç mund të plotësojnë vetë pyetësorin për të rriturit.</p> <p>Mjeku juaj i familjes nuk do të zbulojë asnjë informacion që jepni për qëllime të tjera, përveçse për kujdesin tuaj, me përjashtim të rasteve kur keni rënë dakord (p.sh. në mbështetje të hulumtimit shkencor) ose kur kjo kërkohet me ligj (p.sh. për të mbrojtur të tjerët nga dëmtime të rënda), ose për hir të interesit publik (p.sh. vuani nga një sëmundje ngjitëse). Informacion i mëtejshëm rreth mënyrës se si mjeku i familjes do të përdorë informacionin tuaj është i disponueshëm pranë klinikës së mjekut të familjes.</p> <p>Përgjigjet tuaja dorëzohini pranë klinikës suaj të mjekut të familjes.</p>

Person completing	Personi që e plotëson
Who is completing this form: <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	Kush po e plotëson këtë formular: <input type="checkbox"/> Prindi i fëmijës <input type="checkbox"/> Kujdestari ligjor/kujdestari i fëmijës
Section one: Personal details	Pjesa e parë: Të dhënat personale
Child's full name:	Emri dhe mbiemri i fëmijës:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	Datëlindja e fëmijës: Data _____ Muaji _____ Viti _____
Child's address:	Adresa e fëmijës:
Mother's name:	Emri i nënës:
Father's name:	Emri i babait:
Contact telephone number(s):	Numri(at) i(e) telefonit:
Email address:	Adresa e emailit:
Please tick all the answer boxes that apply to your child.	Ju lutemi, shënoni të gjitha kutitë e përgjigjeve që vlejné për fëmijën tuaj.
1.1 Which of the following best describes your child:	1.1 Cilat nga të dhënat e mëposhtme e përshkruajnë më mirë fëmijët tuaj:

<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	<input type="checkbox"/> Mashkull <input type="checkbox"/> Femër <input type="checkbox"/> Tjetër <input type="checkbox"/> Preferoj të mos e them
1.2 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	1.2 Feja: <input type="checkbox"/> Budiste <input type="checkbox"/> Krishtere <input type="checkbox"/> Hinduiste <input type="checkbox"/> Judaizëm <input type="checkbox"/> Myslimane <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Fe tjetër <input type="checkbox"/> Pa fe
1.3 Main spoken language: <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	1.3 Gjuha kryesore e folur: <input type="checkbox"/> Shqip <input type="checkbox"/> Arabisht <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Anglisht <input type="checkbox"/> Perse <input type="checkbox"/> Tjetër
1.4 Second spoken language: <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	1.4 Gjuha e dytë e folur: <input type="checkbox"/> Shqip <input type="checkbox"/> Arabisht <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Anglisht <input type="checkbox"/> Perse <input type="checkbox"/> Tjetër
1.5 Does your child need an interpreter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1.5A ka nevojë fëmija juaj për përkthyes? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
1.6 Does your child need sign language support? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	1.6A ka nevojë fëmija juaj për ndihmë në gjuhën e shenjave? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK? <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother(s) How many? _____ What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Sister(s)	1.7 Kush jeton në të njëjtën familje me fëmijën tuaj tani në MB? <input type="checkbox"/> Nëna <input type="checkbox"/> Babai <input type="checkbox"/> Vëllai(ezërit) Sa vëllezër? _____ Çfarë moshe? _____ <input type="checkbox"/> Motra(rat)

<input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<input type="checkbox"/> Sa motra? _____ <input type="checkbox"/> Çfarë moshe? _____ <input type="checkbox"/> Tjetër <input type="checkbox"/> Sa? _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age <input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school <input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place <input type="checkbox"/> Yes – <i>please give name of nursery or school</i> _____	<p>1.8A shkon fëmija juaj në çerdhe apo shkollë?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Fëmija im është nën 2 vjeç <input type="checkbox"/> Kemi aplikuar, por ende nuk na është caktuar një çerdhe/shkollë <input type="checkbox"/> Do të doja informacion se ku mund të marr ndihmë për të aplikuar për çerdhe ose shkollë <input type="checkbox"/> Po – <i>ju lutem, më jepni emrin e çerdes ose të shkollës</i> _____
<p>Section two: Health questions</p>	<p>Pjesa e dytë: Pyetje mbi shëndetin</p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.1A keni ndonjë shqetësim për fëmijën?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.2A është i sëmurë aktualisht fëmija juaj?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.3A ka nevoja fëmija për ndihmë urgjente për ndonjë shqetësim shëndetësor?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</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	<p>2.4A ka fëmija juaj aktualisht ndonjë nga simptomat e mëposhtme? Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejné</p> <input type="checkbox"/> Humbje peshe <input type="checkbox"/> Kollë <input type="checkbox"/> Kollë me gjak <input type="checkbox"/> Djersitje gjatë natës <input type="checkbox"/> Lodhje e jashtëzakonshme <input type="checkbox"/> Probleme me frymëmarrjen <input type="checkbox"/> Temperaturë <input type="checkbox"/> Diarre

<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in their urine <input type="checkbox"/> Blood in their 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 that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Kapsllëk <input type="checkbox"/> Shqetësime ose skuqje të lëkurës <input type="checkbox"/> Gjak në urinë <input type="checkbox"/> Gjak në jashtëqitje <input type="checkbox"/> Dhimbje koke <input type="checkbox"/> Dhimbje <input type="checkbox"/> Gjendje shpirtërore jo e mirë <input type="checkbox"/> Ankth <input type="checkbox"/> Kujtime shqetësuese nga e kaluara ose ëndrra të këqija <input type="checkbox"/> Vështirësi në të fjetur <input type="checkbox"/> Ndjesi se duan të lëndojnë veten ose të dorëzohen përballë jetës <input type="checkbox"/> Tjetër
<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>	<p>2.5 Ju lutemi shënoni në figurën e trupit zonat ku janë duke përjetuar shqetësime e tyre aktuale shëndetësore</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.6A ka lindur fëmija juaj para kohe (lindje e hershme – para javës 37/në muajt 8.5 të shtatzënisë)?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
---	--

<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.7A pati fëmija juaj ndonjë problem shëndetësor menjëherë pas lindjes, p.sh. probleme me frymëmarrjen, infeksion, dëmtim të trurit?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p>
<p>2.8 New babies only (up to 3 months old): Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.8 Vetëm për foshnjat e sapolindura (deri në 3 muaj): A e keni vizituar foshnjën tuaj 6-8 javë pas lindjes te mjeku i familjes (GP)?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.9A ka fëmija juaj ndonjë problem shëndetësor të ditur?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p>
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <p><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"/> Ears, nose or throat <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <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"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.10A ka fëmija juaj ndonjë nga shqetësimet e mëposhtme? Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejné</p> <p><input type="checkbox"/> Astmë <input type="checkbox"/> Çrregullime të gjakut <input type="checkbox"/> Anemi e qelizave 'drapër' <input type="checkbox"/> Talasemi <input type="checkbox"/> Kancer <input type="checkbox"/> Probleme dentare <input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Probleme të syrit <input type="checkbox"/> Të veshëve, hundës ose fytit <input type="checkbox"/> Probleme të zemrës <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Probleme të veshkave <input type="checkbox"/> Probleme të mëlçisë <input type="checkbox"/> Probleme të shëndetit mendor <input type="checkbox"/> Humor i keq/depresion <input type="checkbox"/> Ankth <input type="checkbox"/> Çrregullim i stresit post-traumatik (PTSD) <input type="checkbox"/> Keni lënduar veten më parë <input type="checkbox"/> Tentativë vetëvrasjeje <input type="checkbox"/> Tjetër <input type="checkbox"/> Sëmundje të lëkurës <input type="checkbox"/> Sëmundje të tiroideve <input type="checkbox"/> Tuberkuloz (TB)</p>

	<input type="checkbox"/> Tjetër
2.11 Has your child ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.11A ka bërë fëmija juaj ndonjë operacion? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.12A ka fëmija juaj lëndime fizike për shkak të luftës, konflikteve apo torturave? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
2.13 Does your child 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	2.13 A ka fëmija juaj ndonjë problem të shëndetit mendor? Këto mund të jenë shkaktuar nga luftërat, torturat apo nga detyrimi për t'u larguar nga vendi juaj? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.14 A ka fëmija juaj ndonjë aftësi të kufizuar fizike ose vështirësi në të lëvizur? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply <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	2.15 A ka fëmija juaj ndonjë dëmtim shqisor? Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejné <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Verbëri <input type="checkbox"/> Humbje e pjeshme e shikimit <input type="checkbox"/> Humbje e plotë e dëgjimit <input type="checkbox"/> Humbje e pjeshme e dëgjimit <input type="checkbox"/> Probleme me nuhatjen dhe/ose shijen
2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16 A mendoni se fëmija juaj ka ndonjë vështirësi në të mësuar apo probleme të sjelljes? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 A keni ndonjë shqetësim për zhvillimin e fëmijës suaj, p.sh. të peshës/gjatësisë? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
2.18 Babies only: Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?	2.18 Vetëm për foshnjat: A ka fëmija juaj ndonjë problem me të ushqyerit, p.sh. të vjella, urth, refuzon të pijë?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po								
<p>2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other 	<p>2.19 A ka pasur apo vuajtur ndonjë pjesëtarë i familjes së fëmijës suaj (babai, nëna, vëllezërit e motrat dhe gjyshërit) nga ndonjë nga problemet e mëposhtme?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Astmë <input type="checkbox"/> Kancer <input type="checkbox"/> Depresion/sëmundje të shëndetit <p>mendor</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Tension të lartë <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Vështirësi në të mësuar <input type="checkbox"/> Goditje në tru <input type="checkbox"/> Tuberkuloz (TB) <input type="checkbox"/> Tjetër 								
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your child's prescribed medicines and doses in the box below</i></p> <p>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Name</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 A është duke marrë fëmija ndonjë ilaç me recetë?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po—<i>ju lutemi shënoni ilaçet dhe dozat me recetë të fëmijës në kutinë më poshtë</i></p> <p>Ju lutemi sillni me vete recetat ose ilaçet në vizitën e fëmijës suaj</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Emri</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Doza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Emri	Doza		
Name	Dose								
Emri	Doza								

<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.21 A jeni i/e shqetësuar se po ju mbarojnë këto ilaçe në javët e ardhshme?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p>								
<p>2.22 Does your child take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i></p> <p>Please bring any medicines to your child’s appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 943 775 1375"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 943 564 981">Name</th> <th data-bbox="564 943 775 981">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 981 564 1375"></td> <td data-bbox="564 981 775 1375"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.22 A merr fëmija juaj ndonjë ilaç që nuk është lëshuar me recetë nga ekspert i kujdesit shëndetësor, p.sh. ilaçe që keni blerë në farmaci/dyqan/në internet ose i keni marrë nga jashtë shtetit?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po– <i>ju lutemi renditni ilaçet me recetë dhe dozat në kutinë më poshtë</i></p> <p>Ju lutemi sillni me vete ilaçet në vizitën e fëmijës suaj</p> <table border="1" data-bbox="823 909 1453 1341"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 909 1238 947">Emri</th> <th data-bbox="1238 909 1453 947">Doza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 947 1238 1341"></td> <td data-bbox="1238 947 1453 1341"></td> </tr> </tbody> </table>	Emri	Doza		
Name	Dose								
Emri	Doza								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.23 A ka fëmija juaj alergji nga ilaçet?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p>								
<p>2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.24 A ka fëmija juaj alergji nga diçka tjetër? (p.sh. ushqimi, pickimi i insekteve, dorezat prej llastiku)?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p>								

<p>Section three: Vaccinations</p>	<p>Pjesa e tretë: Vaksinimi</p>
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age? <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>3.1 A i ka bërë fëmija juaj të gjitha vaksinat e ofruara në shtetin tuaj të origjinës për moshën e tij? <i>Nëse keni ndonjë dokument të historikut të vaksinimit, ju lutemi silleni me vete në vizitën tuaj.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Nuk e di</p>
<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.2 A është vaksinuar fëmija juaj kundër tuberkulozit (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Nuk e di</p>
<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.3 A është vaksinuar fëmija juaj kundër COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dozë <input type="checkbox"/> 2 doza <input type="checkbox"/> 3 doza <input type="checkbox"/> Më shumë se 3 doza <input type="checkbox"/> Nuk e di</p>
<p>If there is something relating to your child's health 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>Nëse ka diçka lidhur me shëndetin e fëmijës suaj që nuk ndiheni rehat ta përmendni në këtë formular dhe dëshironi ta diskutoni me një mjek, ju lutemi telefonojini mjekut tuaj të familjes dhe caktoni një takim.</p>