

Анкета нового пацієнта New Patient Health Questionnaire

Зверніть увагу, що вам необхідно заповнити цю анкету **англійською** мовою. У разі потреби ми можемо надати вам перекладача, або ж ви можете скористатися Google Translate (але, будь ласка, зверніть увагу, що цей сервіс не завжди забезпечує точний переклад).

Please note you will need to complete this form in **English**. We can arrange for an interpreter if you need one, or alternatively you can use Google Translate if you would prefer (though please note this doesn't always offer the most accurate translation).

Звертання Title	Пан Mr	Пані Mrs	Miss	Ms	Прізвище Surname	
Дата народження Date of Birth					Ім'я First Names	
Професія Occupation					Попередні прізвища Previous Surnames	
Домашня адреса Home Address						
Поштовий індекс: Post Code						
Домашній номер телефону: Home Telephone Number						
Мобільний номер телефону: Mobile Phone Number					Чи даєте ви згоду на те, щоб ми зв'язалися з вами по СМС? (Так/Ні) Do you give consent for us to contact you by text? (Yes/No)	
Робочий номер телефону: Work Phone Number						
Email:					Чи даєте ви згоду на те, щоб ми зв'язалися з вами електронною поштою? (Так/Ні) Do you give consent for us to contact you by email? (Yes/No)	
Місто і країна народження Town and Country of Birth						
Стать Male / Female?						
Сімейний стан Marital Status						
Імена і вік дітей Names and Ages of Children						

Інші жителі вашого дому Other residents in your home			
Найближчі родичі Next of Kin		Відношення до вас: Relationship to you:	
Їхні контактні номери телефону: Their contact telephone number:			

Посвідчення особи (якщо надається) Proof of Identity (if provided)	Свідоцтво про народження Birth Certificate	Водійські права Driving License	Паспорт Passport	Рахунок за комунальні послуги Utility Bill	Книга пільг Allowance Book	Лист від адвоката Solicitors Letter	Пропозиція оренди житла Offer of Tenancy
Інше (будь ласка, вкажіть): Other (please specify):							

Рідна мова: Your first language:	Англійська English	Гінді Hindi	Гуджураті Gujarati	Урду Urdu	Бенгальський / Сілхеті Bengali / Sylheti	Пенджабі Punjabi	Польська Polish	Українська Ukrainian
Французька French	Німецька German	Іспанська Spanish	Інша (будь ласка, вкажіть): Other (please specify):					

Релігія: Your Religion:	Церква Англії C of E	Католицька Catholic	Інша християнська (вказати) Other Christian (state)	Буддизм Buddhist	Індюїзм Hindu	Мусульманство Muslim
	Сикхи Sikh	Іудаїзм Jewish	Свідки Єгови Jehovah's Witness	Немає No religion	Інша релігія (вказати) Other religion (state)	

Зріст: Your height:		Вага: Your weight:	
Як часто займаєтеся спортом (разів на тиждень)? How often do you exercise? (Times each week)		Тип(и) вправ: Type(s) of exercise:	
Ви палите? (Так / Ні) Do you smoke? (Yes / No)		Якщо ні, чи палили ви раніше? If no, have you ever smoked?	
Якщо так, то скільки цигарок чи унцій тютюну на тиждень? If yes, how many cigarettes or ounces of		Бажаєте отримати пораду щодо відмови від куріння? Would you like	

tobacco each week?		advice on giving up smoking?	
Скільки алкоголю ви випиваєте за тиждень? (Одиниці) How much alcohol do you drink in a week? (Units)		(1 одиниця = ½ пінти пива, 1 невеликий келих вина, 1 шот, 1 невеликий келих хересу або 1 один аперитив) (1 unit = ½ pint beer, 1 small glass of wine, 1 single spirit, 1 small glass of sherry or 1 single aperitif)	

Які щеплення вам було зроблено? (Будь ласка, позначте всі відповідні варіанти) What immunisations have you had? (please tick all that apply)	Дифтерія Diphtheria	Кір Measles	Краснуха German Measles	Стовбняк Tetanus	Поліомієліт Polio	MMR
	Коклюш Whooping Cough		Дошкільна бустерна вакцина Pre-school booster	Потрійна вакцина (дифтерія, стовбняк і коклюш) – 3 дози Triple vaccine (Diphtheria, Tetanus & Pertussis) – 3 doses		

<p>Особливі потреби: Будь ласка, опишіть нижче усі особливі потреби, щоб ми могли їх врахувати і взяти необхідних заходів: Specific Needs: Please detail below any specific needs you have so we can ensure we can accommodate you by taking the appropriate action:</p>	
Будь ласка, вкажіть всі ліки, які ви зараз приймаєте, та дозування: Please list any medications you are currently taking and the doses:	
Вкажіть, будь ласка, якщо у вас є сенсорні порушення (наприклад, мови, слуху, зору): Please state any Sensory Impairments you have (for example, speech, hearing, sight):	
Чи вам необхідний собака-поводир? Are you an Assistance Dog user?	
Будь ласка, вкажіть всі свої фізичні відхилення: Please state any physical disabilities you have:	
Будь ласка, вкажіть всі свої психічні відхилення: Please state any mental disabilities you have:	
Будь ласка, вкажіть будь-які релігійні чи культурні потреби: Please state any Religious or Cultural needs:	
Чи потрібна вам допомога перекладача? Do you require the help of a Translator or Interpreter?	

Будь ласка, вкажіть, якщо у вас є алергії або чутливі реакції:

Please state any allergies and sensitivities you have:

Вкажіть, будь ласка, які у вас є фобії:

Please state any phobias you have:

Чи відмовлялися ви коли-небудь від будь-якого лікування/обстеження, і якщо так, то від чого?

Have you ever refused treatment/screening of any kind, and if so what?

Ваша медична історія: Your Medical Background:				
Які хвороби у вас були і коли? What illnesses have you had, and when?				
Чи є серйозні захворювання у ваших батьків, братів або сестер (позначте усі відповідні варіанти) Are there any serious diseases that affect your parents, brothers or sisters (tick all that apply)	Рак молочної залози Breast cancer	Рак кишківника Bowel cancer	Будь-який інший вид раку Any other cancer	Діабет Diabetes
	Епілепсія Epilepsy	Інсульт Stroke	Гіпертонія High Blood Pressure	Астма Asthma
	Серцевий напад Heart Attack	Серцевий напад у віці до 60 років Heart Attack before the age of 60	Порушення функції щитовидної залози Thyroid Disorder	Сліпота/глаукома Blindness/Glaucoma
	Депресія Depression	Тривожність Anxiety	Будь-які інші серйозні захворювання? Any other important family illness?	
Чи є у вас зараз якісь проблеми зі здоров'ям? Do you have any medical problems at present?				
Будь ласка, перерахуйте всі таблетки, ліки або інші засоби, які ви зараз приймаєте, із зазначенням дозування та частоти: Please list any tablets, medicines or other treatments you are currently taking, including dose and frequency:				
Чи зареєстровані ви у якійсь аптеці? Do you have a nominated pharmacy?	<p>Будь ласка, зверніть увагу, що нам доведеться внести зміни до ваших записів під час їх передачі, якщо вам потрібно змінити місцезнаходження попередньої аптеки.</p> <p>АПТЕКА, В ЯКІЙ ВИ ВІДТЕПЕР ХОЧЕТЕ ЗАБИРАТИ ЛІКИ ЗА СВОЇМИ РЕЦЕПТАМИ:</p> <p>Please note we will need to amend your records as they transfer over if you need to alter this location from your previous pharmacy.</p> <p>PHARMACY YOU WISH TO COLLECT YOUR PRESCRIPTIONS FROM NOW ON:</p>			

Лише для жінок: Women only:			
Коли ви востаннє здавали мазок із шийки матки? When was your last cervical smear test?	Дата Date	Це було у вашому Лікар загальної практики? (Так / Ні) Was this at your GP surgery? (Yes/No)	
Яким був результат мазка? What was the result of the smear?			
Дата останньої мамографії (якщо вона була): Date of last mammogram (if applicable):	Дата Date	Метод контрацепції (якщо використовується): Method of contraception (if used):	
Чи бажаєте ви звернутися до лікаря в цьому медичному центрі для отримання послуг із застосування контрацепції? (Так / Ні) Do you wish to see a doctor in this Health Centre for contraceptive services? (Yes/No)			

Для пацієнтів віком старше 65 років або пацієнтів з хронічними захворюваннями (наприклад, астмою або діабетом) For Patients aged 65 and over or those with a chronic disease (e.g. asthma or diabetes)			
Чи робили ви щеплення від грипу? Вкажіть дату або «ніколи» Have you had a flu vaccination? Enter date or "never"		Чи робили ви щеплення від пневмококової інфекції? Вкажіть дату або «ніколи» Have you had a pneumococcal vaccination? Enter a date or 'never'	

Якщо ви є опікуном, вкажіть ім'я / адресу / номер телефону людини, за якою ви доглядаєте: If you <u>are</u> a Carer, please state the name / address / phone number of the person you care for:	<u>Контактні дані особи, про яку ви дбаєте:</u> <u>Person Cared For Contact Details:</u>
Якщо у вас є опікун, вкажіть його ім'я/адресу/ номер телефону і поставте тут свій підпис, якщо ви хочете, щоб ми передали інформацію про ваше здоров'я вашому опікуну. If you <u>have</u> a Carer, please state their name / address / phone number and sign here if you wish to disclose information about your health to your Carer.	<u>Контактні дані опікуна:</u> <u>Carer Contact Details:</u> <u>Підпис:</u> <u>Signed:</u> <u>Дата:</u> <u>Date:</u>

<p>Чи зверталися ви коли-небудь до соціального працівника або отримували додаткову допомогу від центру допомоги раніше? (Так / Ні) Have you ever had a social worker or received additional help from the early help hub? (Yes/No)</p>	
<p>Чи є у вас «Заповіт про життя» (заява, яка пояснює, якого медичного лікування ви не хотіли б у майбутньому)? (Так / Ні) Do you have a "Living Will" (a statement explaining what medical treatment you would not want in the future)? (Yes/No)</p>	<p><i>Якщо «так», будь ласка, надайте письмову копію під час першої консультації.</i> <i>If "Yes", please bring a written copy to your New Patient Consultation.</i></p>
<p>Чи може хтось діяти від вашого імені (наприклад, людина, яка має довіреність)? (Так / Ні) Have you nominated someone to speak on your behalf (for example, a person who has Power of Attorney)? (Yes/No)</p>	<p><i>Якщо «так», будь ласка, вкажіть ім'я / адресу / номер телефону:</i> <i>If "Yes", please state their name / address / phone number:</i></p>

Підпис:
Signature:

Дата:
Date:

OVER 16's ONLY**Alcohol Users Disorders Identification Test (AUDIT) C**

Questions	Scoring System					Your Score
	0	1	2	3	4	
How often do you have a drink that contains alcohol?	Never	Monthly or less	2-3 times per month	2-3 times per week	4+ per week	
How many standard alcoholic drinks do you have on a typical day when you are drinking?	1-2	3-4	5-6	7-8	10+	
How often do you have 6 or more standard drinks on one occasion?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	

Audit C Score:**What to do next**

If you have a score of 5 or more and time permits, complete the remaining alcohol harm questions below to obtain a full AUDIT score:

Questions	Scoring System					Your Score
	0	1	2	3	4	
How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
How often during the last year have you failed to do what was normally expected from you because of your drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
How often during the last year have you needed an alcoholic drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
Have you or somebody else been injured as a result of your drinking?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
Has a relative or friend, doctor or other health worker been concerned about your drinking or suggested that you cut down?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	