



Українська / Ukrainian	English
<p>Анкета нового пацієнта для новоприбулих до Великобританії мігрантів</p>	<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>
<p>Кожен має право зареєструватися у лікаря загальної практики – сімейної медицини (GP – General Practitioner). Щоб зареєструватися у лікаря загальної практики, вам не потрібні підтвердження адреси, імміграційний статус, ідентифікаційний номер або номер NHS (Національної служби охорони здоров'я Великої Британії).</p> <p>Ця анкета призначена для збору інформації про ваше здоров'я, щоб медичні працівники кабінету вашого лікаря загальної практики – сімейної медицини (GP – General Practitioner) могли зрозуміти, які підтримка, лікування та вузькоспеціалізована допомога вам можуть знадобитися.</p> <p>Медичні працівники кабінету вашого лікаря загальної практики не розголошуватимуть жодної інформації, яку ви надаєте, для інших цілей, ніж ваше безпосереднє лікування, за таких умов: ви не дали не це згоди (напр., для підтримки медичних досліджень); або вони не зобов'язані робити це за законом (напр., щоб захистити інших людей від серйозної шкоди); або немає переважаючого суспільного інтересу (напр., ви страждаєте на інфекційне захворювання). Додаткову інформацію про те, як ваш лікар загальної практики використовуватиме вашу інформацію, можна отримати у кабінеті вашого лікаря загальної практики.</p> <p>Поверніть анкету із відповідями своєму GP.</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>Перший розділ: персональні дані</p>	<p>Section one: Personal details</p>

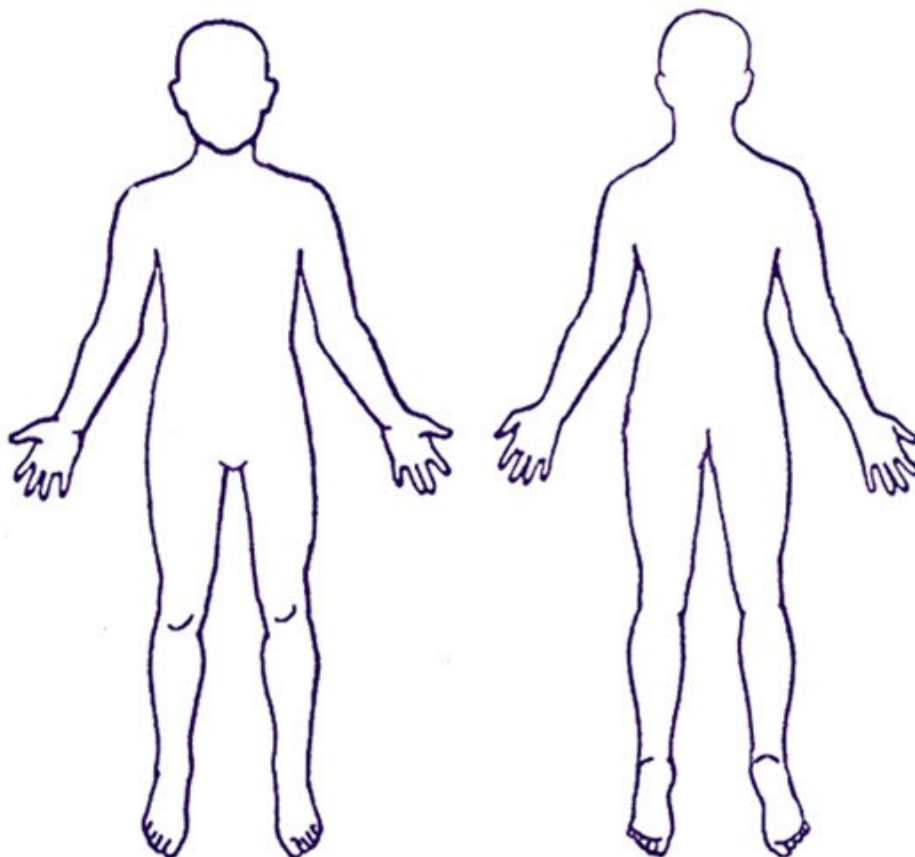
Повне ім'я:	Full name:
Адреса:	Address:
Номер телефону:	Telephone number:
Адреса електронної пошти:	Email address:
Будь ласка, дайте відповіді на усі запитання та позначте усі варіанти, які вас стосуються.	Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.
1.1 Дата заповнення анкети:	1.1 Date questionnaire completed:
1.2 Що з наведеного нижче є вашою характеристикою <input type="checkbox"/> Чоловіча стать <input type="checkbox"/> Жіноча стать <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> Вважаю за краще не зазначати	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
1.3 Це та сама стать, яка у вас була визначена при народженні? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Вважаю за краще не зазначати	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
1.4 Дата народження: День _____ Місяць _____ Рік _____	1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____
1.5 Релігійні переконання: <input type="checkbox"/> Буддизм <input type="checkbox"/> Християнство <input type="checkbox"/> Індуїзм <input type="checkbox"/> Юдаїзм <input type="checkbox"/> Мусульманство <input type="checkbox"/> Сикхізм <input type="checkbox"/> Інша релігія <input type="checkbox"/> Нерелігійний(а)	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
1.6 Сімейний стан: <input type="checkbox"/> Одружений(а)/цивільний(а) партнер(ка)	1.6 Marital status: <input type="checkbox"/> Married/civil partner

<input type="checkbox"/> Розлучений(а) <input type="checkbox"/> Овдовілий(а) <input type="checkbox"/> Жодне з вищезазначеного	<input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> None of the above
1.7 Сексуальна орієнтація: <input type="checkbox"/> Гетеросексуальна (потяг до протилежної статі) <input type="checkbox"/> Гомосексуальна (потяг до своєї статі) <input type="checkbox"/> Бісексуальна (потяг до чоловічої і жіночої статей) <input type="checkbox"/> Вважаю за краще не зазначати <input type="checkbox"/> Інше	1.7 Sexual Orientation: <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
1.8 Основна мова спілкування: <input type="checkbox"/> Кримськотатарська <input type="checkbox"/> Інша <input type="checkbox"/> Англійська <input type="checkbox"/> Угорська <input type="checkbox"/> Румунська <input type="checkbox"/> Російська <input type="checkbox"/> Українська	1.8 Main spoken language: <input type="checkbox"/> Crimean Tatar <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Hungarian <input type="checkbox"/> Romanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Ukrainian
1.9 Друга мова спілкування: <input type="checkbox"/> Кримськотатарська <input type="checkbox"/> Інша <input type="checkbox"/> Англійська <input type="checkbox"/> Немає <input type="checkbox"/> Угорська <input type="checkbox"/> Румунська <input type="checkbox"/> Російська <input type="checkbox"/> Українська	1.9 Second spoken language: <input type="checkbox"/> Crimean Tatar <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Hungarian <input type="checkbox"/> Romanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Ukrainian
1.10 Чи потребуєте ви послуг перекладача? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	1.10 Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
1.11 Ви б віддали перевагу перекладачеві чоловічої чи жіночої статі? Будь ласка, майте на увазі, що через зайнятість перекладачів не завжди можливо задовольнити ваш вибір <input type="checkbox"/> Чоловічої статі <input type="checkbox"/> Жіночої статі <input type="checkbox"/> Неважливо	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

<p>1.12 Чи вмієте ви читати рідною мовою?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p> <p><input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Мені важко читати</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>1.13 Чи вмієте ви писати своєю рідною мовою?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p> <p><input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Мені важко писати</p>	<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I have difficulty writing</p>		
<p>1.14 Чи потребуєте ви супроводу жестовою мовою?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p> <p><input type="checkbox"/> Так</p>	<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		
<p>1.15 Будь ласка, надайте інформацію про своїх найближчих родичів та/або когось, з ким ми можемо зв'язатися в екстреній ситуації:</p>			
<p>Ім'я:</p> <p>Контактний номер телефону:</p> <p>Адреса:</p>	<p><u>Найближчий родич</u></p>	<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>
<p>Ім'я:</p> <p>Контактний номер телефону:</p> <p>Адреса:</p>	<p>Контактна особа для екстрених випадків (якщо відрізняється)</p>	<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>

Другий розділ: питання здоров'я		Section two: Health questions	
<p>2.1 Чи почуваєтеся ви наразі недобре або хворим(ою)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>		<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	
<p>2.2 Чи потребуєте ви термінової допомоги через проблеми зі здоров'ям?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>		<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>2.3 Чи маєте ви будь-який із наведених нижче симптомів? <i>Будь ласка, позначте все, що підходить</i></p> <p><input type="checkbox"/> Втрата ваги <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Кровохаркання <input type="checkbox"/> Нічна пітливість <input type="checkbox"/> Сильна втома <input type="checkbox"/> Проблеми з диханням <input type="checkbox"/> Підвищена температура <input type="checkbox"/> Діарея <input type="checkbox"/> Шкірні захворювання або висипка <input type="checkbox"/> Кров у сечі <input type="checkbox"/> Кров у калі <input type="checkbox"/> Головний біль <input type="checkbox"/> Біль <input type="checkbox"/> Поганий настрій <input type="checkbox"/> Тривожність <input type="checkbox"/> Тривожні спогади або кошмари</p> <p><input type="checkbox"/> Труднощі зі сном <input type="checkbox"/> Відчуття, що ви не можете контролювати свої думки чи дії</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</p>	

<input type="checkbox"/> Відчуття, що ви хочете завдати собі шкоди або відмовитися від життя <input type="checkbox"/> Інше	<input type="checkbox"/> Other
2.4 Будь ласка, позначте на зображенні тіла зону(и), де ви маєте свої поточні проблеми зі здоров'ям.	2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)









2.5 Чи маєте ви актуальні проблеми зі здоров'ям? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	2.5 Do you have any known health problems that are ongoing? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
2.6 Чи маєте ви зараз або ж мали раніше щось із наведеного нижче? Будь ласка, позначте все, що підходить <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Захворювання крові	2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia

<input type="checkbox"/> Серпоподібноклітинна анемія <input type="checkbox"/> Таласемія <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Стоматологічні проблеми <input type="checkbox"/> Цукровий діабет <input type="checkbox"/> Епілепсія <input type="checkbox"/> Проблеми з очима <input type="checkbox"/> Проблеми із серцем <input type="checkbox"/> Гепатит В <input type="checkbox"/> Гепатит С <input type="checkbox"/> ВІЛ або СНІД <input type="checkbox"/> Високий кров'яний тиск <input type="checkbox"/> Проблеми з нирками <input type="checkbox"/> Проблеми з печінкою <input type="checkbox"/> Тривала проблема з легенями/утруднене дихання <input type="checkbox"/> Проблеми з психічним здоров'ям <input type="checkbox"/> Поганий настрій/депресія <input type="checkbox"/> Тривожність <input type="checkbox"/> Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) <input type="checkbox"/> Попередні випадки самоушкодження <input type="checkbox"/> Спроба самогубства <input type="checkbox"/> Інше <input type="checkbox"/> Остеопороз <input type="checkbox"/> Захворювання шкіри <input type="checkbox"/> Інсульт <input type="checkbox"/> Захворювання щитоподібної залози <input type="checkbox"/> Туберкульоз (ТБ) <input type="checkbox"/> Інше	<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 <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
<p>2.7 Чи проводили вам колись будь-які маніпуляції/хірургічні втручання?</p> <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<p>2.8 Якщо ви мали маніпуляцію/хірургічне втручання, як давно це було?</p> <input type="checkbox"/> Протягом останніх 12 місяців <input type="checkbox"/> 1-3 роки тому <input type="checkbox"/> Більше 3 років тому	<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>2.9 Чи маєте ви тілесні ушкодження внаслідок війни, конфлікту чи тортур?</p> <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<p>2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

<p>2.10 Чи маєте ви проблеми з психічним здоров'ям? Вони можуть бути спричинені війною, конфліктом, катуваннями чи вимушеністю покинути свою країну?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<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> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.11 Деякі медичні проблеми можуть бути спадковими. Чи мав хтось із ваших найближчих родичів (батько, мати, брати, сестри, дідусь і бабуся) будь-яке із зазначених нижче захворювань? Будь ласка, позначте все, що підходить</p> <p><input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Цукровий діабет <input type="checkbox"/> Депресія/психічні захворювання <input type="checkbox"/> Інфаркт <input type="checkbox"/> Високий кров'яний тиск <input type="checkbox"/> Інсульт <input type="checkbox"/> Інше</p>	<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 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>2.12 Чи приймаєте ви якісь призначені лікарські засоби?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так – <i>будь ласка, зазначте ліки та дозування, призначені вам, у полі нижче</i> Будь ласка, принесіть будь-які рецепти або лікарські засоби на своє приймання у лікаря</p> <table border="1" data-bbox="150 1368 775 1704"> <thead> <tr> <th>Назва</th> <th>Дозування</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Назва	Дозування			<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <p><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="823 1368 1449 1740"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose		
Назва	Дозування								
Name	Dose								
<p>2.13 Чи турбує вас, що протягом наступних кількох тижнів якісь із цих ліків закінчаться?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.13 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>2.14 Чи приймаєте ви будь-які ліки, які не були призначені медичним фахівцем, напр., ліки, які ви придбали в аптеці/магазині/в інтернеті, або ж вам їх доставили з-за кордону?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так – <i>будь ласка, зазначте ліки та дозування у полі нижче</i> Будь ласка, принесіть будь-які рецепти або лікарські засоби на своє приймання у лікаря</p> <table border="1" data-bbox="150 633 775 1039"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 633 564 674">Назва</th> <th data-bbox="564 633 775 674">Дозування</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 674 564 1039"></td> <td data-bbox="564 674 775 1039"></td> </tr> </tbody> </table>	Назва	Дозування			<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?</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 medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="823 669 1449 1075"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 669 1238 710">Name</th> <th data-bbox="1238 669 1449 710">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 710 1238 1075"></td> <td data-bbox="1238 710 1449 1075"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose		
Назва	Дозування								
Name	Dose								
<p>2.15 Чи маєте ви алергію на будь-які лікарські засоби?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.16 Чи маєте ви алергію на щось інше? (наприклад, їжу, укуси комах, латексні рукавички)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.17 Чи маєте ви будь-які фізичні вади або проблеми з мобільністю?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.18 Чи маєте ви порушення чуттів? <i>Будь ласка, позначте все, що підходить</i></p> <p><input type="checkbox"/> Жодних <input type="checkbox"/> Сліпота <input type="checkbox"/> Часткова втрата зору <input type="checkbox"/> Повна втрата слуху <input type="checkbox"/> Часткова втрата слуху <input type="checkbox"/> Проблеми з нюхом і/або смаком</p>	<p>2.18 Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i></p> <p><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</p>								

<p>2.19 Чи маєте ви якісь труднощі із навчанням?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p> <p><input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.19 Do you have any learning difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.20 Чи маєте ви якусь особливу особисте питання, яке ви хотіли б обговорити/порушити під час наступного приймання у медичного фахівця?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні</p> <p><input type="checkbox"/> Так</p>	<p>2.20 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>Третій розділ: запитання щодо способу життя</p>	<p>Section three: Lifestyle questions</p>
<p>3.1 Як часто ви вживаєте алкоголь?</p> <p><input type="checkbox"/> Ніколи</p> <p><input type="checkbox"/> Щомісяця або рідше</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 рази на місяць</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 рази на тиждень</p> <p><input type="checkbox"/> 4 і більше разів на тиждень</p> <p>1 одиниця алкоголю міститься в:</p> <p></p> <p><i>½ пінти склянки пива (пінта=475 мілілітрів)</i></p> <p></p> <p><i>1 маленький келих вина (125 мл)</i></p> <p></p> <p><i>1 стандартна порція алкоголю (25 мл)</i></p>	<p>3.1 How often do you drink alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly or less</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 times per month</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 times per week</p> <p><input type="checkbox"/> 4 or more times per week</p> <p><i>There is 1 unit of alcohol in:</i></p> <p></p> <p><i>½ pint glass of beer (1 pint =475ml)</i></p> <p></p> <p><i>1 small glass of wine (125ml)</i></p> <p></p> <p><i>1 single measure of spirits (25ml)</i></p>
<p>3.2 Скільки одиниць алкоголю ви зазвичай випиваєте на день, коли ви п'єте?</p>	<p>3.2 How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</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 або більше	<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>3.3 Як часто за останній рік ви вживали 6 або більше одиниць, якщо ви – жінка, або 8 або більше одиниць, якщо ви – чоловік?</p> <input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Менше, ніж щомісяця <input type="checkbox"/> Щомісяця <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Щодня або майже щодня	<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> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Less than monthly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily
<p>3.4 Чи вживаєте ви будь-які наркотичні речовини, які можуть бути шкідливими для вашого здоров'я, напр., канабіс, кокаїн, героїн?</p> <input type="checkbox"/> Ніколи не вживав(ла) <input type="checkbox"/> Я припинив(ла) вживати наркотичні речовини, які можуть бути шкідливими <input type="checkbox"/> Так	<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>3.5 Ви палите?</p> <input type="checkbox"/> Ніколи не палив(ла) <input type="checkbox"/> Я кинув(ла) палити <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Сигарети Скільки на день? _____ Скільки років ви вже палите? _____ <input type="checkbox"/> Тютюн Чи хотіли б ви отримати допомогу, щоб кинути палити? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<p>3.5 Do you smoke?</p> <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
<p>3.6 Чи жуєте ви тютюн?</p> <input type="checkbox"/> Ніколи не жував(ла) <input type="checkbox"/> Я кинув(ла) жувати тютюн <input type="checkbox"/> Так	<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>Четвертий розділ: щеплення</p>	<p>Section four: Vaccinations</p>
<p>4.1 Чи всі щеплення для дитячого віку, які пропонуються у вашій країні походження, ви отримали? Якщо у вас є карта профілактичних щеплень, принесіть її, будь ласка, на своє приймання до лікаря.</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Я не знаю</p>	<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin? <i>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</i></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>4.2 Чи були ви щеплені проти туберкульозу (ТБ)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Я не знаю</p>	<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>4.3 Чи були ви щеплені проти COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> 1 доза <input type="checkbox"/> 2 дози <input type="checkbox"/> 3 дози <input type="checkbox"/> Більше 3 доз</p> <p><input type="checkbox"/> Я не знаю</p>	<p>4.3 Have you 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</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>П'ятий розділ: запитання лише для пацієнтів жіночої статі</p>	<p>Section five: Questions for female patients only</p>
<p>5.1 Ви вагітна?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Можливо, я вагітна <input type="checkbox"/> Так</p> <p>Скільки тижнів ви вагітна? _____</p>	<p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>How many weeks pregnant are you? _____</p>
<p>5.2 Чи використовуєте ви контрацепцію?</p> <p><input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так</p> <p><input type="checkbox"/> Який метод ви використовуєте? <input type="checkbox"/> Бар'єрна контрацепція, <i>напр., презервативи, гель</i> <input type="checkbox"/> Оральні контрацептивні таблетки</p>	<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> What method do you use? <input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel <input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill</p>

<input type="checkbox"/> Мідна спіраль/внутрішньоматкова спіраль (ВМС) <input type="checkbox"/> Гормональна спіраль/внутрішньоматкова система (ВМС), напр., Мірена <input type="checkbox"/> Контрацептивна ін'єкція <input type="checkbox"/> Контрацептивний імплант <input type="checkbox"/> Інше	<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
<p>5.3 Чи потребуєте ви терміново якогось виду контрацепції?</p> <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<p>5.4 Чи проходили ви коли-небудь мазок з шийки матки або ПАП-тест? Це тест для перевірки здоров'я шийки матки та запобігання раку шийки матки.</p> <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Я хотіла би отримати більше інформації	<p>5.4 Have you ever had a cervical smear or a smear test? This is a test to check the health of your cervix and help prevent cervical cancer.</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I would like to be given more information
<p>5.5 Чи проходили Ви гістеректомію (операцію з видалення матки та шийки матки)?</p> <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<p>5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<p>5.6 Чи маєте ви як пацієнт жіночої статі якесь особливе особисте питання, яке ви хотіли б обговорити/порушити під час наступного приймання у медичного фахівця?</p> <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<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> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<p>Якщо є щось, про що вам незручно розповісти у цьому формулярі, і ви хотіли б обговорити це з лікарем, будь ласка, зателефонуйте своєму лікареві GP та запишіться на приймання.</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>