

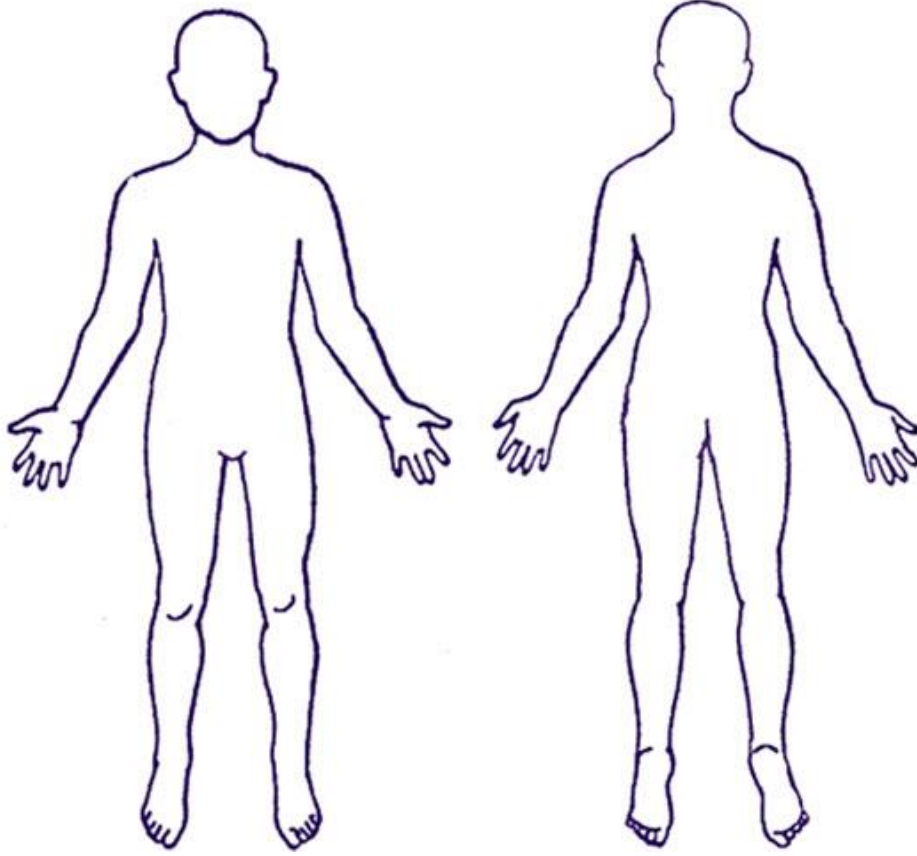
English	اللغة الإنجليزية / Arabic
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>استبيان المرضى المخصص للمهاجرين الوافدين حديثاً إلى المملكة المتحدة: الأطفال والشباب</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration 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><b>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</b></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>يحق للجميع التسجيل لدى ممارس عام، ولا تحتاج إلى ما يثبت عنوانك أو حالتك من حيث الهجرة أو بطاقة هويتك أو رقمك في هيئة الخدمات الصحية الوطنية من أجل التسجيل</p> <p>يهدف هذا الاستبيان إلى جمع معلومات حول صحة الأطفال كي يتسنى للاختصاصيين الصحيين في الممارسة العامة تفهم نوع الدعم والعلاج والخدمات المتخصصة التي قد يحتاجها الأطفال وفقاً لسياسات السرية وتبادل البيانات المعمول بها لدى هيئة الخدمات الصحية الوطنية.</p> <p><b>يجوز للشباب المستحقين تحت سن 18 سنة ملء النموذج المخصص للبالغين بأنفسهم.</b></p> <p>لن يفصح الممارس العام المتابع لك عن أي معلومات تقدمها لأغراض أخرى بخلاف تقديم الرعاية المباشرة ما لم: توافق (مثال: الموافقة على دعم البحث الطبي)، أو يقتضي القانون منه ذلك (مثال: بغرض حماية الغير من ضرر جسيم)، أو توجد مصلحة عامة تفرض عليه ذلك (مثال: كونك مصاب بمرض منقول). يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات بشأن الكيفية التي يستخدم بها الممارس العام بياناتك عن طريق الممارسة العامة التي تتبعها.</p> <p>قدم إجاباتك للممارسة العامة التي تتبعها.</p>
<p>Person completing</p>	<p>تستكمل البيانات التالية بمعرفة الشخص القائم بالإجابة عن أسئلة الاستبيان</p>
<p>Who is completing this form:</p> <p><input type="checkbox"/> Child's Parent</p> <p><input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer</p>	<p>من القائم بالإجابة عن أسئلة هذا الاستبيان:</p> <p><input type="checkbox"/> والد الطفل</p> <p><input type="checkbox"/> الوصي القانوني/مقدم الرعاية للطفل</p>

Section one: Personal details	القسم الأول: بيانات شخصية
Child's full name:	اسم الطفل بالكامل:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	تاريخ ميلاد الطفل: يوم _____ شهر _____ سنة _____
Child's address:	عنوان الطفل:
Mother's name:	اسم الأم:
Father's name:	اسم الأب:
Contact telephone number(s):	رقم (أرقام) هاتف جهة الاتصال:
Email address:	عنوان البريد الإلكتروني:
<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>	<b>يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات التي تنطبق على طفلك.</b>
1.1 Which of the following best describes your child: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.1 أي الصفات التالية تصف طفلك على النحو الأفضل: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/> أفضل عدم التصريح
1.2 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist	1.2 الديانة: <input type="checkbox"/> بوذي

<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	<input type="checkbox"/> مسيحي <input type="checkbox"/> هندوسي <input type="checkbox"/> يهودي <input type="checkbox"/> مسلم <input type="checkbox"/> سيخ <input type="checkbox"/> ديانة أخرى <input type="checkbox"/> لا ديني
<p>1.3 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	<p>1.3 اللغات المتحدث بها:</p> <input type="checkbox"/> اللغة الألبانية <input type="checkbox"/> اللغة العربية <input type="checkbox"/> اللغة الدرية <input type="checkbox"/> اللغة الإنجليزية <input type="checkbox"/> اللغة الفارسية <input type="checkbox"/> آخر
<p>1.4 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	<p>1.4 اللغة الثانية المتحدث بها:</p> <input type="checkbox"/> اللغة الألبانية <input type="checkbox"/> اللغة العربية <input type="checkbox"/> اللغة الدرية <input type="checkbox"/> اللغة الإنجليزية <input type="checkbox"/> اللغة الفارسية <input type="checkbox"/> آخر
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>1.5 هل يحتاج طفلك إلى مترجم فوري؟</p> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.6 هل يحتاج طفلك إلى دعم من اختصاصي في لغة الإشارة؟</p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother(s) How many? _____ What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Sister(s) <input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<p>1.7 من الذي يعيش في نفس المنزل بصحبة طفلك الآن في المملكة المتحدة؟</p> <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> أخ (أخوة) كم عددهم؟ _____ ما أعمارهم؟ _____ <input type="checkbox"/> أخت (أخوات) <input type="checkbox"/> كم عددهن؟ _____ <input type="checkbox"/> ما أعمارهن؟ _____ <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/> كم عددهم؟ _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p>	<p>1.8 هل يداوم طفلك بدار حضانة أو مدرسة؟</p>

<p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age</p> <p><input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school</p> <p><input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place</p> <p><input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school</p> <p>_____</p>	<p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>طفتي عمره أقل من عامين <input type="checkbox"/></p> <p>تقدمنا لإلحاق الطفل بدار حضانة/مدرسة <input type="checkbox"/></p> <p>ولكن لم يتم تخصيص دار حضانة/مدرسة بعد <input type="checkbox"/></p> <p>أريد الحصول على معلومات بشأن المكان الذي يمكنني الحصول منه على دعم للتقدم بطلب التحاق بدار حضانة أو مدرسة <input type="checkbox"/></p> <p>نعم – يُرجى تحديد اسم دار حضانة أو مدرسة <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
<p>Section two: Health questions</p>	<p>القسم الثاني: أسئلة صحية</p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 هل لديك أي مخاوف بشأن صحة طفلك؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 هل يعاني طفلك الآن وعكة أو مرضاً؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.3 هل يحتاج طفلك إلى مساعدة عاجلة تتصل بإحدى المشاكل الصحية؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Cough</p> <p><input type="checkbox"/> Coughing up blood</p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</p> <p><input type="checkbox"/> Breathing problems</p> <p><input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhoea</p> <p><input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in their urine</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in their stool</p> <p><input type="checkbox"/> Headache</p> <p><input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood</p>	<p>2.4 هل تظهر على طفلك الآن أي من الأعراض التالية؟ يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة</p> <p>فقدان الوزن <input type="checkbox"/></p> <p>سعال <input type="checkbox"/></p> <p>سعال دموي <input type="checkbox"/></p> <p>تعرق ليلي <input type="checkbox"/></p> <p>إجهاد حاد <input type="checkbox"/></p> <p>مشاكل التنفس <input type="checkbox"/></p> <p>حمى <input type="checkbox"/></p> <p>إسهال <input type="checkbox"/></p> <p>إمساك <input type="checkbox"/></p> <p>شكاوى جلدية أو طفح جلدي <input type="checkbox"/></p> <p>نزول دم مع البول <input type="checkbox"/></p> <p>نزول دم مع البراز <input type="checkbox"/></p> <p>صداع <input type="checkbox"/></p> <p>ألم <input type="checkbox"/></p> <p>اعتلال المزاج <input type="checkbox"/></p> <p>قلق <input type="checkbox"/></p>

<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"/> ذكريات مؤلمة من الماضي أو كوابيس <input type="checkbox"/> صعوبة في النوم <input type="checkbox"/> رغبة في إيذاء النفس أو التخلص من الحياة <input type="checkbox"/> آخر
2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)	2.5 يُرجى وضع علامة على منطقة (مناطق) الجسم التي تسبب مشكلة (مشاكل) صحية حالية للطفل



2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.6 هل وُلد طفلك قبل موعد ولادته (وُلد قبل إتمام 37 أسبوع/8.5 أشهر من الحمل)؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.7 هل عانى طفلك أي مشاكل صحية بعد الولادة مباشرة، مثل مشاكل في التنفس أو عدوى أو إصابة في المخ؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

<p><b>2.8 New babies only (up to 3 months old):</b> 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><b>2.8 مخصص للأطفال حديثي الولادة فقط (حتى سن 3 أشهر):</b> هل خضع طفلك للفحص الطبي بواسطة ممارس عام (طبيب) في عمر 6-8 أسابيع بعد الولادة؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2.9 Does your child have any known health problems?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.9 هل يعاني طفلك أي مشاكل صحية؟</b></p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</b></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><b>2.10 هل يعاني طفلك أيًا مما يلي؟ يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة</b></p> <p><input type="checkbox"/> ربو <input type="checkbox"/> اضطراب الدم <input type="checkbox"/> فقر الدم المنجلي <input type="checkbox"/> الثلاسيميا <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> مشاكل الأسنان <input type="checkbox"/> داء السكري <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> مشاكل العيون <input type="checkbox"/> مشاكل الأنف والأذن والحنجرة <input type="checkbox"/> مشاكل القلب <input type="checkbox"/> الالتهاب الكبدي (ب) <input type="checkbox"/> الالتهاب الكبدي (ج) <input type="checkbox"/> فيروس نقص المناعة البشرية <input type="checkbox"/> مشاكل الكلى <input type="checkbox"/> مشاكل الكبد <input type="checkbox"/> مشاكل الصحة النفسية <input type="checkbox"/> اعتلال المزاج/اكتئاب <input type="checkbox"/> قلق <input type="checkbox"/> اضطراب كرب ما بعد الصدمة <input type="checkbox"/> إيذاء ذاتي سابق <input type="checkbox"/> محاولة انتحار <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/> مرض جلدي <input type="checkbox"/> مرض الغدة الدرقية <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> آخر</p>
<p><b>2.11 Has your child ever had any operations / surgery?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.11 هل خضع طفلك لأي عملية / جراحة من قبل؟</b></p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>2.12 هل لدى طفلك أي إصابات جسدية نتيجة حرب أو صراع أو تعذيب؟</b></p> <p>لا <input type="checkbox"/></p>

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> نعم
<p>2.13 Does your child 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>2.13 هل يعاني طفلك أي مشاكل تتصل بصحته النفسية؟ هل يمكن أن تكون هذه المشاكل بسبب الحرب أو الصراع أو التعذيب أو الاضطرار للفرار من وطنكم؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.14 هل يعاني طفلك أي إعاقات جسدية أو صعوبات في الحركة؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply</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>2.15 هل يعاني طفلك ضعفاً في الإحساس؟ يُرجى وضع علامة صح بجميع الخانات المنطبقة</p> <p>لا <input type="checkbox"/> عمى <input type="checkbox"/> فقدان بصر جزئي <input type="checkbox"/> فقدان سمع كامل <input type="checkbox"/> فقدان سمع جزئي <input type="checkbox"/> مشاكل تتصل بحاسة الشم و/أو التذوق <input type="checkbox"/></p>
<p>2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.16 هل تعتقد أن طفلك يعاني أي صعوبات تعلم أو مشاكل سلوكية؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.17 هل لديك أي مخاوف بشأن نمو طفلك، مثل وزنه/طولته؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>2.18 <b>Babies only:</b> Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.18 <b>مخصص للرضع فقط:</b> هل يعاني طفلك أي مشاكل تغذية، مثل القيء أو الارتجاع أو رفض الحليب؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
<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> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack</p>	<p>2.19 هل عانى أي فرد من أسرة طفلك المباشرة (الأب، والأم، والإخوة، والأجداد) أيًا مما يلي؟</p> <p><input type="checkbox"/> ربو <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> اكتئاب/مرض نفسي <input type="checkbox"/> داء السكري <input type="checkbox"/> نوبة قلبية <input type="checkbox"/> الالتهاب الكبدى (ب) <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم</p>

<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	<input type="checkbox"/> فيروس نقص المناعة البشرية <input type="checkbox"/> صعوبات تعلم <input type="checkbox"/> سكتة دماغية <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> آخر								
<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><b>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 929 774 1377"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 هل يتناول طفلك أي أدوية بناءً على وصفة طبية؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا  <input type="checkbox"/> نعم –<i>يُرجى كتابة الأدوية التي يتناولها طفلك بناءً على وصفة طبية وجرعاتها في المربع أسفله</i></p> <p><b>يُرجى إحضار الوصفات الطبية أو الأدوية في زيارة الطفل</b></p> <table border="1" data-bbox="821 862 1460 1310"> <thead> <tr> <th>الاسم</th> <th>الجرعة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	الاسم	الجرعة		
Name	Dose								
الاسم	الجرعة								
<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 هل تشعر بالقلق حيال نفاد أي من هذه الأدوية في الأسابيع القليلة المقبلة؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا  <input type="checkbox"/> نعم</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>2.22 هل يتناول طفلك أي أدوية لم يصفها اختصاصي طبي، مثل أدوية اشتريتها من الصيدلية/المتجر/الانترنت أو تلقيتها من الخارج؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا  <input type="checkbox"/> نعم –<i>يُرجى كتابة الأدوية التي تتناولها وجرعاتها في المربع أسفله</i></p> <p><b>يُرجى إحضار الأدوية في زيارة الطفل</b></p>								



<p><b>Please bring any medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 342 778 786"> <thead> <tr> <th data-bbox="151 342 564 383">Name</th> <th data-bbox="564 342 778 383">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="151 383 564 786"></td> <td data-bbox="564 383 778 786"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<table border="1" data-bbox="826 230 1453 678"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 230 1241 271">الاسم</th> <th data-bbox="1241 230 1453 271">الجرعة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 271 1241 678"></td> <td data-bbox="1241 271 1453 678"></td> </tr> </tbody> </table>	الاسم	الجرعة		
Name	Dose								
الاسم	الجرعة								
<p><b>2.23</b> Does your child have allergy to any medicines?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.23</b> هل يعاني طفلك حساسية لأي أدوية؟  لا <input type="checkbox"/>  نعم <input type="checkbox"/></p>								
<p><b>2.24</b> Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.24</b> هل يعاني طفلك حساسية لأي شيء آخر؟  (مثال: أطعمة أو لدغ الحشرات أو القفازات المطاطية؟)  لا <input type="checkbox"/>  نعم <input type="checkbox"/></p>								
<p><b>Section three: Vaccinations</b></p>	<p><b>القسم الثالث: التطعيمات</b></p>								
<p><b>3.1</b> Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?  <b>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</b>  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p><b>3.1</b> هل حصل طفلك على جميع التطعيمات التي يوفرها بلد منشأه للأطفال في عمره؟  <b>إذا كان لديك سجل بالتطعيمات، يُرجى إحضاره في زيارة الطفل.</b>  لا <input type="checkbox"/>  نعم <input type="checkbox"/>  لا أعرف <input type="checkbox"/></p>								
<p><b>3.2</b> Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p><b>3.2</b> هل تم تلقيح طفلك ضد السل؟  لا <input type="checkbox"/>  نعم <input type="checkbox"/>  لا أعرف <input type="checkbox"/></p>								

<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.3 هل تم تلقيح طفلك ضد كوفيد-19؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p> <p>جرعة واحدة <input type="checkbox"/></p> <p>جرعتان <input type="checkbox"/></p> <p>ثلاث جرعات <input type="checkbox"/></p> <p>أكثر من ثلاث جرعات <input type="checkbox"/></p> <p>لا أعرف <input type="checkbox"/></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>إذا كانت هناك أي شؤون تتعلق بصحة طفلك وتشعر بعدم الارتياح لمشاركتها في هذا النموذج وترغب في مناقشتها مع أحد الأطباء، يُرجى الاتصال بالممارس العام وحجز موعد</p>