



Русский	English
<p>Новая анкета пациента для мигрантов, только что прибывших в Великобританию</p>	<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>
<p>У каждого человека есть право на регистрацию у врача общей практики. Вы не обязаны предоставлять подтверждение факта проживания по указанному адресу, иммиграционный статус, удостоверение личности или регистрационный номер NHS.</p> <p>Данная анкета предназначена для сбора информации о вашем здоровье, чтобы медицинские работники и ваш врач общей практики могли понять, какая поддержка, лечение и специализированные услуги могут вам понадобиться. Сбор данных осуществляется в соответствии с политикой конфиденциальности и доступа к данным Национальной службы здравоохранения.</p> <p>Ваш врач общей практики не будет разглашать предоставленную вами информацию в ситуациях, не связанных с вашим непосредственным лечением, за исключением случаев, когда: вы дали на это согласие (например, с целью участия в медицинском исследовании); врач должен раскрыть эти данные в силу законодательных требований (например, чтобы защитить жизнь и здоровье других людей); либо это необходимо сделать в интересах общества (например, у вас инфекционное заболевание).</p> <p>Дополнительную информацию о том, как врач будет использовать ваши данные, можно узнать непосредственно у врача.</p> <p>Передайте заполненную анкету вашему врачу общей практики.</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>Раздел 1: Персональные данные</p>	<p>Section one: Personal details</p>
<p>ФИО:</p>	<p>Full name:</p>
<p>Адрес:</p>	<p>Address:</p>
<p>Номер телефона:</p>	<p>Telephone number:</p>
<p>Адрес эл. почты:</p>	<p>Email address:</p>
<p>Пожалуйста, прочитайте все вопросы и отметьте все ответы, которые относятся к вам.</p>	<p>Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.</p>
<p>1.1 Дата заполнения анкеты:</p>	<p>1.1 Date questionnaire completed:</p>
<p>1.2 Что из нижеперечисленного лучше всего описывает вас? <input type="checkbox"/> Мужского пола <input type="checkbox"/> Женского пола <input type="checkbox"/> Иное <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать на этот вопрос.</p>	<p>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</p>
<p>1.3 Это тот же пол, который вы получили при рождении? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать на этот вопрос.</p>	<p>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</p>
<p>1.4 Дата рождения: День _____ Месяц _____ Год _____</p>	<p>1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____</p>
<p>1.5 Религия: <input type="checkbox"/> Буддизм</p>	<p>1.5 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist</p>

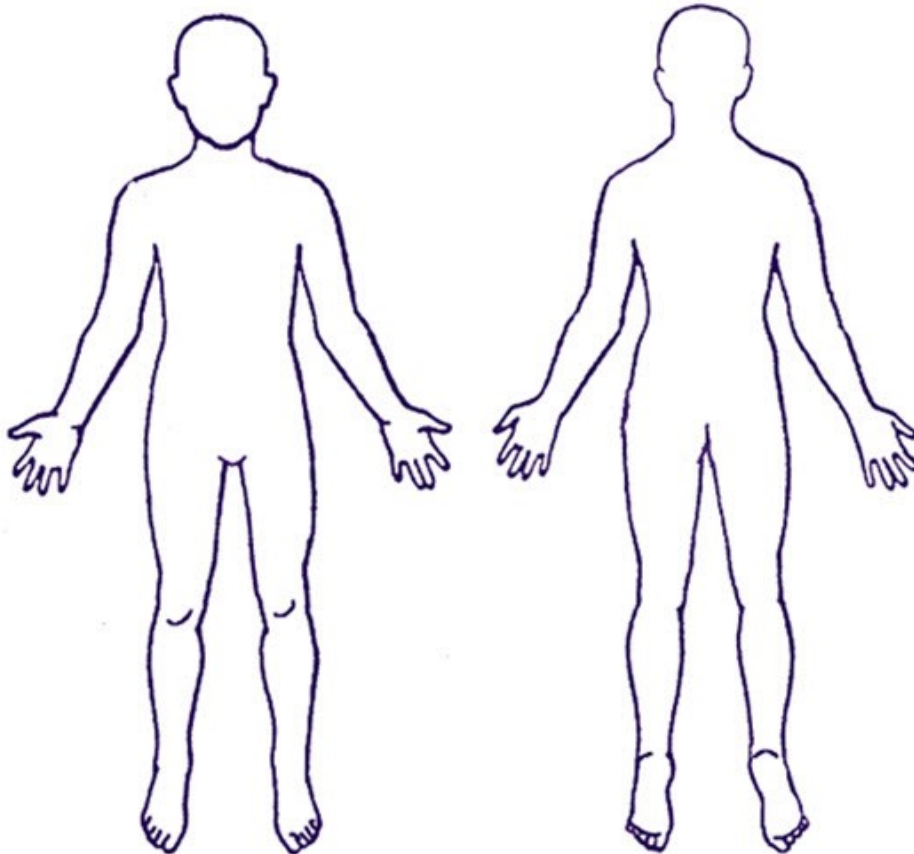
<input type="checkbox"/> Христианство <input type="checkbox"/> Индуизм <input type="checkbox"/> Иудаизм <input type="checkbox"/> Ислам <input type="checkbox"/> Сикхизм <input type="checkbox"/> Другая религия <input type="checkbox"/> Нет религии	<input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> 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 Семейное положение: <input type="checkbox"/> Женат/замужем/гражданский партнер <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова <input type="checkbox"/> Ничего из вышеперечисленного	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
1.7 Сексуальная ориентация: <input type="checkbox"/> Гетеросексуал (влечение к противоположному полу) <input type="checkbox"/> Гомосексуал (влечение к тому же полу) <input type="checkbox"/> Бисексуал (влечение к мужчинам и женщинам) <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать на этот вопрос. <input type="checkbox"/> Иное	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 Основной разговорный язык: <input type="checkbox"/> Крымско-татарский <input type="checkbox"/> Иное <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Венгерский <input type="checkbox"/> Румынский <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Украинский	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 Второй разговорный язык: <input type="checkbox"/> Крымско-татарский <input type="checkbox"/> Иное <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Никакой <input type="checkbox"/> Венгерский <input type="checkbox"/> Румынский <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Украинский	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 Вам нужен переводчик? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	1.10 Do you need an interpreter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

<p>1.11 Вы бы предпочли переводчика мужского или женского пола? Пожалуйста, имейте в виду, что присутствие переводчика определенного пола на дежурстве может означать, что ваши предпочтения не всегда могут быть удовлетворены.</p> <p><input type="checkbox"/> Мужского пола <input type="checkbox"/> Женского пола <input type="checkbox"/> Все равно</p>	<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind</p>				
<p>1.12 Умеете ли вы читать на своем родном языке?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Я испытываю трудности с чтением</p>	<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading</p>				
<p>1.13 Умеете ли вы писать на своем родном языке?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Я испытываю трудности с письмом</p>	<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing</p>				
<p>1.14 Вам нужна помощь с жестовым языком?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>				
<p>1.15 Пожалуйста, предоставьте подробную информацию о ваших ближайших родственниках и/или о ком-то, с кем мы можем связаться в чрезвычайной ситуации:</p> <table border="1" data-bbox="148 1554 807 2029"> <tr> <td data-bbox="148 1554 434 2029"> <p>ФИО:</p> <p>Контактный номер телефона:</p> <p>Адрес:</p> </td> <td data-bbox="434 1554 807 2029"> <p><u>Ближайшие родственники</u></p> </td> </tr> </table>	<p>ФИО:</p> <p>Контактный номер телефона:</p> <p>Адрес:</p>	<p><u>Ближайшие родственники</u></p>	<p>1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:</p> <table border="1" data-bbox="823 1480 1485 2029"> <tr> <td data-bbox="823 1480 1107 2029"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="1107 1480 1485 2029"> <p><u>Next of kin</u></p> </td> </tr> </table>	<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>
<p>ФИО:</p> <p>Контактный номер телефона:</p> <p>Адрес:</p>	<p><u>Ближайшие родственники</u></p>				
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>				

ФИО: Контактный номер телефона: Адрес:	Экстренный контакт (если отличается)	Name: Contact telephone number: Address:	Emergency contact (if different)

Раздел 2: Вопросы о здоровье		Section two: Health questions	
2.1 В настоящее время вы чувствуете себя плохо или вам нездоровится? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
2.2 Вам нужна срочная помощь с вашей проблемой со здоровьем? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		2.2 Do you need an urgent help for your health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
2.3 Есть ли у вас в настоящее время какие-либо из следующих симптомов? <i>Пожалуйста, отметьте все, что применимо</i> <input type="checkbox"/> Потеря веса <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Кашель с кровью <input type="checkbox"/> Ночная потливость <input type="checkbox"/> Крайняя усталость <input type="checkbox"/> Проблемы с дыханием <input type="checkbox"/> Лихорадка <input type="checkbox"/> Диарея <input type="checkbox"/> Кожные проблемы или высыпания <input type="checkbox"/> Кровь в моче <input type="checkbox"/> Кровь в кале		2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i> <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"/> Головная боль <input type="checkbox"/> Болевые ощущения <input type="checkbox"/> Пониженное настроение <input type="checkbox"/> Тревога <input type="checkbox"/> Тревожные воспоминания или кошмары <input type="checkbox"/> Трудности со сном <input type="checkbox"/> Чувство, что вы не можете контролировать свои мысли или действия <input type="checkbox"/> Чувство, что вы хотите навредить себе или отказаться от жизни <input type="checkbox"/> Иное	<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>2.4 Пожалуйста, отметьте на изображении тела область (области), где вы испытываете текущие проблемы со здоровьем.</p>	<p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p>









<p>2.5 Есть ли у вас какие-либо текущие проблемы со здоровьем?</p> <input type="checkbox"/> Нет	<p>2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?</p> <input type="checkbox"/> No
---	--

<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Yes
<p>2.6 Есть ли у вас в настоящее время (или были ли ранее) какие-либо из следующих симптомов? Пожалуйста, отметьте все, что применимо</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Заболевание крови <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Серповидно-клеточная анемия <input type="checkbox"/> Талассемия <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Проблемы с зубами <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Проблемы со зрением <input type="checkbox"/> Проблемы с сердцем <input type="checkbox"/> Гепатит В <input type="checkbox"/> Гепатит С <input type="checkbox"/> ВИЧ или СПИД <input type="checkbox"/> Высокое давление <input type="checkbox"/> Проблемы с почками <input type="checkbox"/> Проблемы с почками <input type="checkbox"/> Длительные проблемы с легкими / затрудненное дыхание <input type="checkbox"/> Проблемы с психическим здоровьем <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Пониженное настроение/депрессия <input type="checkbox"/> Тревога <input type="checkbox"/> Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) <input type="checkbox"/> Ребенок наносил себе телесные повреждения <input type="checkbox"/> Ребенок совершал попытку самоубийства <input type="checkbox"/> Иное <input type="checkbox"/> Остеопороз <input type="checkbox"/> Кожные заболевания <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <input type="checkbox"/> Туберкулез <input type="checkbox"/> Иное 	<p>2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder <ul style="list-style-type: none"> <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 <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mental health problems <ul style="list-style-type: none"> <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 Были ли у вас когда-либо операции/хирургические вмешательства?</p>	<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No

<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Yes
<p>2.8 Если у вас была операция/хирургическое вмешательство, как давно это было?</p> <input type="checkbox"/> За последние 12 месяцев <input type="checkbox"/> 1-3 года назад <input type="checkbox"/> Более 3 лет назад	<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 Есть ли у вас какие-либо физические травмы, полученные в ходе войны, вооруженного конфликта или пыток?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<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 Есть ли у вас какие-либо проблемы с психическим здоровьем? Они также могут быть вызваны последствиями войны, вооруженного конфликта, пыток или принуждения к бегству из вашей страны?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<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>2.11 Некоторые медицинские проблемы могут возникнуть в семьях. Имел ли ваш ближайший родственник (отец, мать, брат или сестра, бабушка или дедушка) какое-либо из следующих заболеваний? Пожалуйста, отметьте все, что применимо</p> <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Депрессия/проблемы с психическим здоровьем <input type="checkbox"/> Сердечный приступ <input type="checkbox"/> Высокое давление <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Иное	<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> <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>2.12 Принимаете ли вы какие-либо рецептурные лекарства?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да — <i>Пожалуйста, перечислите назначенные вам лекарства и их дозировку в поле ниже.</i>	<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – <i>please list your prescribed medicines and doses in the box below</i> <i>Please bring any prescriptions or medications to your appointment</i>

<p>Пожалуйста, принесите все ваши действующие рецепты или лекарства на прием.</p> <table border="1" data-bbox="151 340 774 703"> <thead> <tr> <th data-bbox="151 340 566 376">ФИО</th> <th data-bbox="566 340 774 376">Дозировка</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="151 376 566 703"></td> <td data-bbox="566 376 774 703"></td> </tr> </tbody> </table>	ФИО	Дозировка			<table border="1" data-bbox="821 194 1473 564"> <thead> <tr> <th data-bbox="821 194 1236 230">Name</th> <th data-bbox="1236 194 1473 230">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="821 230 1236 564"></td> <td data-bbox="1236 230 1473 564"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose		
ФИО	Дозировка								
Name	Dose								
<p>2.13 Вы беспокоитесь о том, что в ближайшие несколько недель у вас закончатся какие-либо лекарства?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</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 Принимаете ли вы какие-либо лекарства, которые не были назначены медицинским работником, например, лекарства, которые вы купили в аптеке/в магазине/в Интернете или доставили из-за рубежа?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да — <i>Пожалуйста, перечислите лекарства и их дозировку в поле ниже.</i></p> <p>Пожалуйста, принесите все лекарства, которые вы принимаете, на прием.</p> <table border="1" data-bbox="151 1451 774 1845"> <thead> <tr> <th data-bbox="151 1451 566 1487">ФИО</th> <th data-bbox="566 1451 774 1487">Дозировка</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="151 1487 566 1845"></td> <td data-bbox="566 1487 774 1845"></td> </tr> </tbody> </table>	ФИО	Дозировка			<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="821 1339 1473 1742"> <thead> <tr> <th data-bbox="821 1339 1236 1375">Name</th> <th data-bbox="1236 1339 1473 1375">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="821 1375 1236 1742"></td> <td data-bbox="1236 1375 1473 1742"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose		
ФИО	Дозировка								
Name	Dose								
<p>2.15 У вас есть аллергия на какие-либо лекарства?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								

<p>2.16 У вас есть аллергия на что-либо еще? (например, еду, укусы насекомых, латексные перчатки)?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</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 Есть ли у вас какие-либо физические недостатки или трудности с подвижностью?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</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 Есть ли у вас какие-либо сенсорные нарушения? <i>Пожалуйста, отметьте все, что применимо</i></p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Слепота <input type="checkbox"/> Частичная потеря зрения <input type="checkbox"/> Полная потеря слуха <input type="checkbox"/> Частичная потеря слуха <input type="checkbox"/> Проблемы с запахом и/или вкусом</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 Есть ли у вас какие-либо трудности с обучением?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.19 Do you have any learning difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.20 Есть ли у вас какой-либо конкретный личный вопрос, который вы бы хотели обсудить на следующем приеме у медицинского работника?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</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 <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>Раздел 3: Вопросы об образе жизни</p>	<p>Section three: Lifestyle questions</p>
<p>3.1 Как часто вы употребляете алкоголь?</p> <p><input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Ежемесячно или реже <input type="checkbox"/> 2-4 раза в месяц <input type="checkbox"/> 2-3 раза в неделю <input type="checkbox"/> 4 или более раз в неделю</p> <p><i>В следующих напитках содержится 1 единица алкоголя:</i></p>	<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 1 unit of alcohol in:</i></p>

 <p><i>½ пинты пива (1 пинта = 475 мл)</i></p>  <p><i>1 небольшой бокал вина (125 мл)</i></p>  <p><i>1 небольшая доза крепкого алкоголя (25 мл)</i></p>	 <p><i>½ pint glass of beer (1 pint = 475ml)</i></p>  <p><i>1 small glass of wine (125 ml)</i></p>  <p><i>1 single measure of spirits (25 ml)</i></p>
<p>A) Сколько единиц алкоголя вы в среднем выпиваете в обычный день, когда пьете?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 или более</p>	<p>a. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 or more</p>
<p>Б) Как часто вы выпивали 6 или более единиц (если вы — женщина), либо 8 или более (если вы — мужчина) за один раз в прошлом году?</p> <p><input type="checkbox"/> Никогда</p> <p><input type="checkbox"/> Менее чем раз в месяц</p> <p><input type="checkbox"/> Каждый месяц</p> <p><input type="checkbox"/> Каждую неделю</p> <p><input type="checkbox"/> Ежедневно или почти ежедневно</p>	<p>b. 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</p> <p><input type="checkbox"/> Less than monthly</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly</p> <p><input type="checkbox"/> Weekly</p> <p><input type="checkbox"/> Daily or almost daily</p>
<p>В) Принимаете ли вы какие-либо наркотики, которые могут быть вредны для вашего здоровья, например, марихуану, кокаин, героин?</p> <p><input type="checkbox"/> Никогда</p> <p><input type="checkbox"/> Я бросил принимать наркотики, которые могут быть вредными.</p>	<p>c. Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>

<input type="checkbox"/> Да	
<p>Г) Вы курите?</p> <input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Я бросил(а) курить. <input type="checkbox"/> Да	<p>d. Do you smoke?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes
<p><input type="checkbox"/> Сигареты Сколько раз в день? _____</p> <p>Сколько лет вы курили? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Табак</p> <p>Вам нужна помощь, чтобы бросить курить?</p> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<p><input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____</p> <p>How many years have you smoked for? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tobacco</p> <p>Would you like help to stop smoking?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>Д) Вы жуете табак?</p> <input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Я бросил жевать табак. <input type="checkbox"/> Да	<p>e. Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes
<p>Раздел 4: Прививки</p>	<p>Section four: Vaccinations</p>
<p>4.1 Были ли у вас все детские прививки, которые ставятся в вашей стране происхождения?</p> <p>Если у вас есть записи о вашей истории вакцинации, пожалуйста, принесите их на прием.</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Я не знаю.	<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?</p> <p>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know
<p>4.2 Вы были привиты против туберкулеза?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Я не знаю.	<p>4.2 Have you been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know

<p>4.3 Вы были привиты против COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 доза</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 дозы</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 дозы</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Более 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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>Раздел 5: Вопросы только для пациентов-женщин</p>	<p>Section five: Questions for female patients only</p>
<p>5.1 Вы беременны?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Я, возможно, беременна.</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p style="padding-left: 40px;">Сколько недель вы беременны? _____</p>	<p>5.1 Are you pregnant?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> I might be pregnant</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 40px;">How many weeks pregnant are you? _____</p>
<p>5.2 Используете ли вы контрацептивы?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p style="padding-left: 40px;">Какой метод контрацепции вы используете?</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> <i>Механическая контрацепция: например, презервативы, гель</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Оральная контрацепция: таблетки</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Медная спираль/внутриматочная спираль (ВМС)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> <i>Гормональная спираль/внутриматочная система (ВМС): например, Mirena</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Противозачаточная инъекция</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Контрацептивный имплантат</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Другое</p>	<p>5.2 Do you use contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p style="padding-left: 40px;">What method do you use?</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Contraceptive injection</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Contraceptive implant</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Other</p>
<p>5.3 Нужна ли вам срочно контрацепция?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p>	<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>

<p>5.4 У вас когда-нибудь был влагалищный мазок или мазок шейки матки на онкоцитологию? Это тест для проверки состояния шейки матки, который может помочь предотвратить рак шейки матки.</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Я хотела бы получить больше информации.</p>	<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> <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>5.5 У вас была гистерэктомия (операция по удалению матки и шейки матки)?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</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>5.6 Есть ли у вас какой-либо конкретный личный вопрос, который вы бы хотели обсудить на следующем приеме у медицинского работника?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</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>Если вам неудобно раскрывать какую-либо информацию в данной анкете, и вы хотели бы обсудить это с врачом, пожалуйста, позвоните своему врачу и запишитесь на прием.</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>