



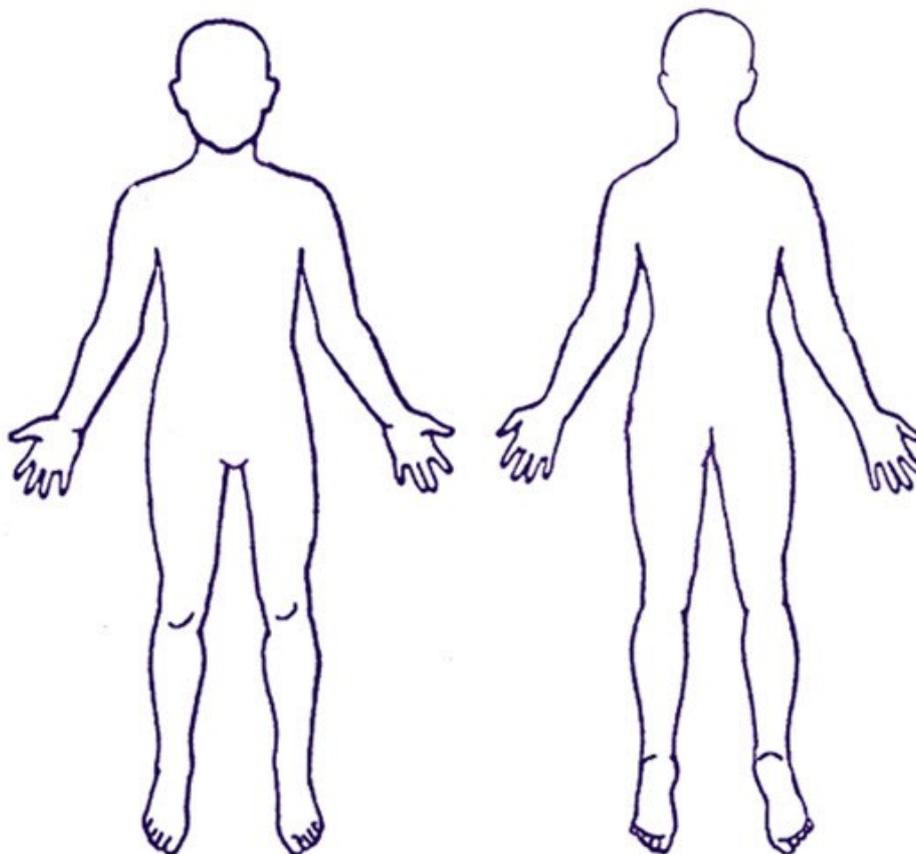
<b>Русский</b>	<b>English</b>
<p>Анкета пациента для мигрантов, только что прибывших в Великобританию: дети и молодежь</p>	<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>
<p>У каждого человека есть право на регистрацию у врача общей практики. Вы не обязаны предоставлять подтверждение факта проживания по указанному адресу, иммиграционный статус, удостоверение личности или регистрационный номер NHS.</p> <p>Данная анкета предназначена для сбора информации о здоровье ваших детей, чтобы медицинские работники и ваш врач общей практики могли понять, какая поддержка, лечение и специализированные услуги могут им понадобиться. Сбор данных осуществляется в соответствии с политикой конфиденциальности и доступа к данным Национальной службы здравоохранения.</p> <p><b>Дееспособные молодые люди в возрасте до 18 лет, могут самостоятельно заполнить анкету для взрослых.</b></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). Дополнительную информацию о том, как</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>врач будет использовать ваши данные, можно узнать непосредственно у врача.</p> <p>Передайте заполненную анкету вашему врачу общей практики.</p>	<p>Return your answers to your GP practice.</p>
<p><b>Лицо, заполняющее анкету</b></p>	<p><b>Person completing</b></p>
<p>Кто заполняет эту анкету:</p> <p><input type="checkbox"/> Родитель ребенка</p> <p><input type="checkbox"/> Законный опекун/опекун ребенка</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><b>Раздел 1: Персональные данные</b></p>	<p><b>Section one: Personal details</b></p>
<p>ФИО ребенка:</p>	<p>Child's full name:</p>
<p>Дата рождения ребенка:          День _____ Месяц _____ Год _____</p>	<p>Child's date of birth:          Date _____ Month _____ Year _____</p>
<p>Адрес ребенка:</p>	<p>Child's address:</p>
<p>ФИО матери:</p>	<p>Mother's name:</p>
<p>ФИО отца:</p>	<p>Father's name:</p>
<p>Контактный(ые) номер(а) телефона:</p>	<p>Contact telephone number(s):</p>
<p>Адрес эл. почты:</p>	<p>Email address:</p>

<b>Пожалуйста, отметьте все ответы, которые относятся к вашему ребенку.</b>	<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>
<p>1.1 Что из нижеперечисленного лучше всего описывает вашего ребенка?</p> <p><input type="checkbox"/> Мужского пола</p> <p><input type="checkbox"/> Женского пола</p> <p><input type="checkbox"/> Иное</p> <p><input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать на этот вопрос.</p>	<p>1.1 Which of the following best describes your child:</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>
<p>1.2 Религия:</p> <p><input type="checkbox"/> Буддизм</p> <p><input type="checkbox"/> Христианство</p> <p><input type="checkbox"/> Индуизм</p> <p><input type="checkbox"/> Иудаизм</p> <p><input type="checkbox"/> Ислам</p> <p><input type="checkbox"/> Сикхизм</p> <p><input type="checkbox"/> Другая религия</p> <p><input type="checkbox"/> Нет религии</p>	<p>1.2 Religion:</p> <p><input type="checkbox"/> Buddhist</p> <p><input type="checkbox"/> Christian</p> <p><input type="checkbox"/> Hindu</p> <p><input type="checkbox"/> Jewish</p> <p><input type="checkbox"/> Muslim</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Other religion</p> <p><input type="checkbox"/> No religion</p>
<p>1.3 Основной разговорный язык:</p> <p><input type="checkbox"/> Крымско-татарский    <input type="checkbox"/> Иное</p> <p><input type="checkbox"/> Английский</p> <p><input type="checkbox"/> Венгерский</p> <p><input type="checkbox"/> Румынский</p> <p><input type="checkbox"/> Русский</p> <p><input type="checkbox"/> Украинский</p>	<p>1.3 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Crimean Tatar                      <input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Hungarian</p> <p><input type="checkbox"/> Romanian</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p>
<p>1.4 Второй разговорный язык:</p> <p><input type="checkbox"/> Крымско-татарский                      <input type="checkbox"/> Иное</p> <p><input type="checkbox"/> Английский                                      <input type="checkbox"/> Никакой</p> <p><input type="checkbox"/> Венгерский</p> <p><input type="checkbox"/> Румынский</p> <p><input type="checkbox"/> Русский</p> <p><input type="checkbox"/> Украинский</p>	<p>1.4 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Crimean Tatar                                      <input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> English    <input type="checkbox"/> None</p> <p><input type="checkbox"/> Hungarian</p> <p><input type="checkbox"/> Romanian</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p>
<p>1.5 Вашему ребенку нужен переводчик?</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>	<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

<p>1.6 Вашему ребенку нужна помощь с жестовым языком?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p>	<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>1.7 Кто сейчас живет в одной семье с вашим ребенком в Великобритании?</p> <p><input type="checkbox"/> Мать</p> <p><input type="checkbox"/> Отец</p> <p><input type="checkbox"/> Брат(ья)</p> <p>Сколько? _____</p> <p>Какого возраста?</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Сестра(ы)</p> <p><input type="checkbox"/> Сколько? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Какого возраста? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Иное</p> <p><input type="checkbox"/> Сколько? _____</p>	<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <p><input type="checkbox"/> Mother</p> <p><input type="checkbox"/> Father</p> <p><input type="checkbox"/> Brother(s)</p> <p>How many? _____</p> <p>What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sister(s)</p> <p><input type="checkbox"/> How many? _____</p> <p><input type="checkbox"/> What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> How many? _____</p>
<p>1.8 Ваш ребенок посещает детский сад или школу?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Моему ребенку менее 2 лет.</p> <p><input type="checkbox"/> Мы подали заявку на место, но еще не были распределены в детский сад/школу.</p> <p><input type="checkbox"/> Я хотел бы получить информацию о том, где мне могут помочь с подачей заявки на место в детском саду или школе.</p> <p><input type="checkbox"/> Да — пожалуйста, укажите название детского сада или школы:</p> <p>_____</p>	<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</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 – <i>please give name of nursery or school</i></p> <p>_____</p>
<p><b>Раздел 2: Вопросы о здоровье</b></p>	<p><b>Section two: Health questions</b></p>
<p>2.1 Есть ли у вас какие-либо опасения по поводу здоровья вашего ребенка?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</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>2.2 В настоящее время ваш ребенок чувствует себя плохо или ему нездоровится?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</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>2.3 Вашему ребенку нужна срочная помощь с его проблемой со здоровьем?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</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>2.4 Есть ли у вашего ребенка в настоящее время какие-либо из следующих симптомов? Пожалуйста, отметьте все, что применимо</p> <p><input type="checkbox"/> Потеря веса</p> <p><input type="checkbox"/> Кашель</p> <p><input type="checkbox"/> Кашель с кровью</p> <p><input type="checkbox"/> Ночная потливость</p> <p><input type="checkbox"/> Крайняя усталость</p> <p><input type="checkbox"/> Проблемы с дыханием</p> <p><input type="checkbox"/> Лихорадка</p> <p><input type="checkbox"/> Диарея</p> <p><input type="checkbox"/> Запор</p> <p><input type="checkbox"/> Кожные проблемы или высыпания</p> <p><input type="checkbox"/> Кровь в моче</p> <p><input type="checkbox"/> Кровь в кале</p> <p><input type="checkbox"/> Головная боль</p> <p><input type="checkbox"/> Болевые ощущения</p> <p><input type="checkbox"/> Пониженное настроение</p> <p><input type="checkbox"/> Тревога</p> <p><input type="checkbox"/> Тревожные воспоминания или кошмары</p> <p><input type="checkbox"/> Трудности со сном</p> <p><input type="checkbox"/> Чувство, что он (она) хочет навредить себе или отказаться от жизни</p> <p><input type="checkbox"/> Иное</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><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulty sleeping</p> <p><input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>
<p>2.5 Пожалуйста, отметьте на изображении тела область (области), где ваш ребенок испытывает текущие проблемы со здоровьем.</p>	<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>



<p>2.6 Ваш ребенок родился преждевременно (родился рано — ранее 37 недель/8,5 месяцев беременности)?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.7 Были ли у вашего ребенка какие-либо проблемы со здоровьем вскоре после рождения, например, проблемы с дыханием, инфекция, черепно-мозговая травма?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.6 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.7 <b>Вопросы только для новорожденных (до 3 месяцев):</b> Прошел ли ваш ребенок осмотр врачом общей практики через 6-8 недель после рождения?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.7 <b>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>2.8 Есть ли у вашего ребенка какие-либо текущие проблемы со здоровьем?</p>	<p>2.8 Does your child have any known health problems?</p>

<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<p>2.9 Есть ли у вашего ребенка что-либо из нижеперечисленного? Пожалуйста, отметьте все, что применимо</p> <p><input type="checkbox"/> Астма</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевание крови</p> <p><input type="checkbox"/> Серповидно-клеточная анемия</p> <p><input type="checkbox"/> Талассемия</p> <p><input type="checkbox"/> Рак</p> <p><input type="checkbox"/> Проблемы с зубами</p> <p><input type="checkbox"/> Диабет</p> <p><input type="checkbox"/> Эпилепсия</p> <p><input type="checkbox"/> Проблемы со зрением</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания ЛОР</p> <p><input type="checkbox"/> Проблемы с сердцем</p> <p><input type="checkbox"/> Гепатит В</p> <p><input type="checkbox"/> Гепатит С</p> <p><input type="checkbox"/> ВИЧ</p> <p><input type="checkbox"/> Проблемы с почками</p> <p><input type="checkbox"/> Проблемы с почками</p> <p><input type="checkbox"/> Проблемы с психическим здоровьем</p> <p><input type="checkbox"/> Пониженное настроение/депрессия</p> <p><input type="checkbox"/> Тревога</p> <p><input type="checkbox"/> Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)</p> <p><input type="checkbox"/> Ребенок наносил себе телесные повреждения</p> <p><input type="checkbox"/> Ребенок совершал попытку самоубийства</p> <p><input type="checkbox"/> Иное</p> <p><input type="checkbox"/> Кожные заболевания</p> <p><input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы</p> <p><input type="checkbox"/> Туберкулез</p> <p><input type="checkbox"/> Иное</p>	<p>2.9 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Blood disorder</p> <p><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Dental problems</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/> Eye problems</p> <p><input type="checkbox"/> Ears, nose or throat</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Kidney problems</p> <p><input type="checkbox"/> Liver problems</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health problems</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood/depression</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</p> <p><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</p> <p><input type="checkbox"/> Attempted suicide</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Skin disease</p> <p><input type="checkbox"/> Thyroid disease</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>
<p>2.10 Были ли у вашего ребенка когда-либо операции/хирургические вмешательства?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.10 Has your child ever had any operations / surgery?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.11 Есть ли у вашего ребенка какие-либо физические травмы, полученные</p>	<p>2.11 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

<p>в ходе войны, вооруженного конфликта или пыток?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.12 Есть ли у вашего ребенка какие-либо текущие проблемы с психическим здоровьем? Они также могут быть вызваны последствиями войны, вооруженного конфликта, пыток или принуждения к бегству из вашей страны?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.12 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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.13 Есть ли у вашего ребенка какие-либо физические недостатки или трудности с подвижностью?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.13 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.14 Есть ли у вашего ребенка какие-либо сенсорные нарушения? Пожалуйста, отметьте все, что применимо</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Слепота</p> <p><input type="checkbox"/> Частичная потеря зрения</p> <p><input type="checkbox"/> Полная потеря слуха</p> <p><input type="checkbox"/> Частичная потеря слуха</p> <p><input type="checkbox"/> Проблемы с запахом и/или вкусом</p>	<p>2.14 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Blindness</p> <p><input type="checkbox"/> Partial sight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Full hearing loss</p> <p><input type="checkbox"/> Partial hearing loss</p> <p><input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems</p>
<p>2.15 Как вы думаете, у вашего ребенка есть какие-либо трудности в обучении или проблемы с поведением?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.15 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.16 Есть ли у вас какие-либо опасения по поводу развития вашего ребенка, например, с точки зрения веса/роста?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.16 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.17 <b>Вопросы только для младенцев:</b> Испытывает ли ваш ребенок какие-либо проблемы с кормлением, например, рвоту, отрыжку, отказ от молока?</p>	<p>2.17 <b>Babies only:</b> Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>

<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да									
<p>2.18 Имел ли ближайший родственник вашего ребенка (отец, мать, брат или сестра, бабушка или дедушка) какое-либо из следующих заболеваний?</p> <p> <input type="checkbox"/> Астма  <input type="checkbox"/> Рак  <input type="checkbox"/> Депрессия/проблемы с психическим здоровьем  <input type="checkbox"/> Диабет  <input type="checkbox"/> Сердечный приступ  <input type="checkbox"/> Гепатит В  <input type="checkbox"/> Высокое давление  <input type="checkbox"/> ВИЧ  <input type="checkbox"/> Трудности с обучением  <input type="checkbox"/> Инсульт  <input type="checkbox"/> Туберкулез  <input type="checkbox"/> Иное         </p>	<p>2.18 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  <input type="checkbox"/> Hepatitis B  <input type="checkbox"/> High blood pressure  <input type="checkbox"/> HIV  <input type="checkbox"/> Learning difficulties  <input type="checkbox"/> Stroke  <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)  <input type="checkbox"/> Other         </p>								
<p>2.19 Принимает ли ваш ребенок какие-либо рецептурные лекарства?</p> <p> <input type="checkbox"/> Нет  <input type="checkbox"/> Да — <i>Пожалуйста, перечислите лекарства, назначенные вашему ребенку, а также их дозировку в поле ниже.</i> </p> <p><b><i>Пожалуйста, принесите все действующие рецепты или лекарства вашего ребенка на прием.</i></b></p> <table border="1" data-bbox="150 1518 775 1962"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 1518 564 1554">ФИО</th> <th data-bbox="564 1518 775 1554">Дозировка</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1554 564 1962"></td> <td data-bbox="564 1554 775 1962"></td> </tr> </tbody> </table>	ФИО	Дозировка			<p>2.19 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><i>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</i></b></p> <table border="1" data-bbox="823 1442 1452 1886"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 1442 1238 1478">Name</th> <th data-bbox="1238 1442 1452 1478">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 1478 1238 1886"></td> <td data-bbox="1238 1478 1452 1886"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose		
ФИО	Дозировка								
Name	Dose								

<p>2.20 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>2.20 Are you worried about running out of any of these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.21 Принимает ли ваш ребенок 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><b><i>Пожалуйста, принесите все лекарства, которые принимает ваш ребенок, на прием.</i></b></p> <table border="1" data-bbox="150 1075 775 1518"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 1075 564 1115">ФИО</th> <th data-bbox="564 1075 775 1115">Дозировка</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1115 564 1518"></td> <td data-bbox="564 1115 775 1518"></td> </tr> </tbody> </table>	ФИО	Дозировка			<p>2.21 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><b><i>Please bring any medicines to your child's appointment</i></b></p> <table border="1" data-bbox="823 927 1449 1370"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 927 1238 967">Name</th> <th data-bbox="1238 927 1449 967">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 967 1238 1370"></td> <td data-bbox="1238 967 1449 1370"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose		
ФИО	Дозировка								
Name	Dose								
<p>2.22 Есть ли у вашего ребенка аллергии на какие-либо лекарства?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.22 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.23 У вашего ребенка есть аллергия на что-либо еще? (например, еду, укусы насекомых, латексные перчатки)?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>2.23 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>								

Раздел 3: Прививки	Section three: Vaccinations
<p>3.1 Были ли у вашего ребенка все детские прививки, которые ставятся детям его возраста в вашей стране происхождения?</p> <p><b>Если у вас есть записи об истории вакцинации вашего ребенка, пожалуйста, принесите их на прием.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Нет  <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Я не знаю.</p>	<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?</p> <p><b>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</b></p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>3.2 Был ли ваш ребенок привит против туберкулеза?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет  <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Я не знаю.</p>	<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>3.3 Был ли ваш ребенок привит против COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет  <input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> 1 доза  <input type="checkbox"/> 2 дозы  <input type="checkbox"/> 3 дозы  <input type="checkbox"/> Более 3 доз</p> <p><input type="checkbox"/> Я не знаю.</p>	<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose  <input type="checkbox"/> 2 doses  <input type="checkbox"/> 3 doses  <input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>Если вам неудобно раскрывать какую-либо информацию о здоровье вашего ребенка 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 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>