

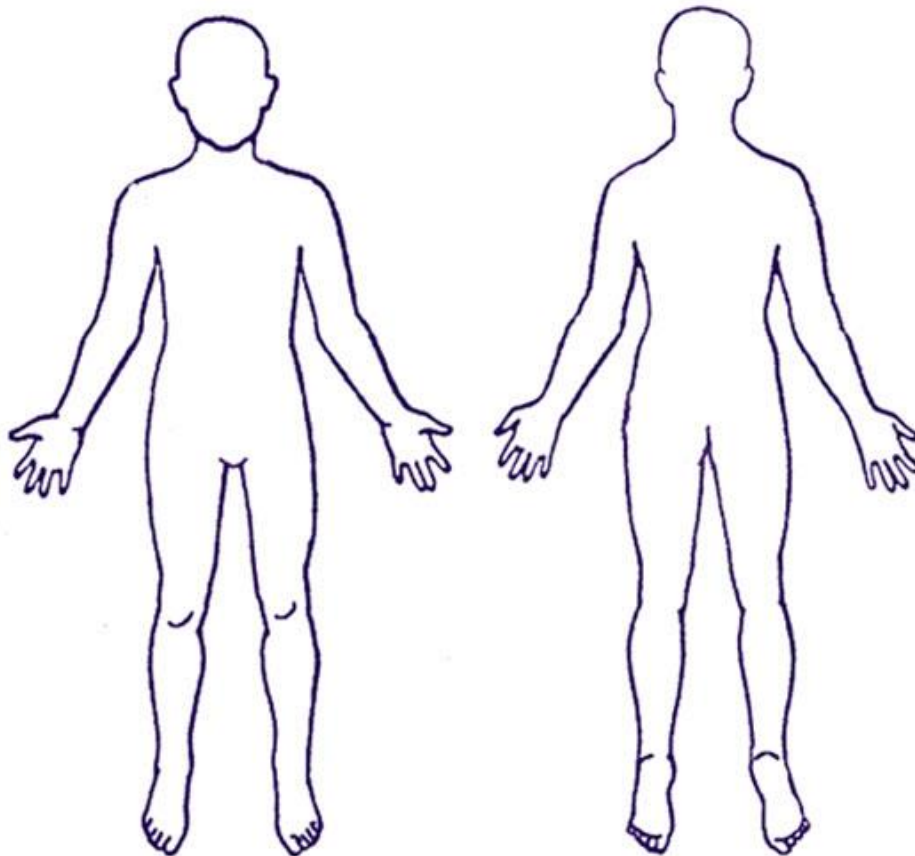
English	Lithuanian/Lietuvių
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>Pacientų klausimynas į JK naujai atvykusiems migrantams: vaikai ir nepilnamečiai</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration 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>Kiekvienas turi teisę užsiregistruoti pas šeimos daktarą. Norint užsiregistruoti pas šeimos daktarą, jums nereikia adreso, imigracijos statuso, asmens tapatybės dokumento ar NHS numerio įrodymo.</p> <p>Šis klausimynas skirtas informacijos apie vaiko sveikatą rinkimui, kad jūsų poliklinikos sveikatos specialistai suprastų, kokios pagalbos, gydymo ir paslaugų jums gali prireikti pagal Nacionalinės sveikatos tarnybos konfidencialumo ir dalijimosi duomenimis politiką.</p> <p><b>Kompetentingi jaunesni nei 18 metų jaunuoliai gali patys užpildyti suaugusiųjų versiją.</b></p> <p>Jūsų šeimos daktaras neatskleis jokios informacijos, kurią pateiksite kitais nei tiesioginės priežiūros tikslais, nebent: jūs sutikote (pvz., remti medicininius tyrimus); arba jie privalo tai daryti pagal įstatymą (pvz., apsaugoti kitus žmones nuo didelės žalos); arba dėl viršesnio viešojo intereso (pvz., sergante užkrečiama liga). Daugiau informacijos apie tai, kaip jūsų šeimos daktaras naudos jūsų informaciją, rasite savo šeimos daktaro poliklinikoje.</p> <p>Pateikite atsakymus savo šeimos daktarui.</p>

Person completing	Pildantis asmuo
Who is completing this form: <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	Kas pildo šią formą <input type="checkbox"/> Vaiko tėvas/motina <input type="checkbox"/> Vaiko globėjas
<b>Section one: Personal details</b>	<b>Pirma dalis: Asmens duomenys</b>
Child's full name:	Vaiko vardas ir pavardė
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	Vaiko gimimo data: Diena _____ Mėnuo _____ Metai _____
Child's address:	Vaiko adresas
Mother's name:	Motinos vardas
Father's name:	Tėvo vardas
Contact telephone number(s):	Kontaktinis (-iai) telefono numeris (-iai):
Email address:	Elektroninis paštas:
<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>	<b>Pažymėkite visus jūsų vaikui tinkamus atsakymų langelius.</b>

<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>1.1 Kuris iš šių dalykų geriausiai apibūdina jūsų vaiką:</p> <p><input type="checkbox"/> Vyr.</p> <p><input type="checkbox"/> Mot.</p> <p><input type="checkbox"/> Kita</p> <p><input type="checkbox"/> Atsakyti nenoriu</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>1.2 Religija:</p> <p><input type="checkbox"/> Budistų</p> <p><input type="checkbox"/> Krikščionių</p> <p><input type="checkbox"/> Induizmo</p> <p><input type="checkbox"/> Žydų</p> <p><input type="checkbox"/> Musulmonų</p> <p><input type="checkbox"/> Sikų</p> <p><input type="checkbox"/> Kita religija</p> <p><input type="checkbox"/> Jokios religijos</p>
<p>1.3 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p>	<p>1.3 Pagrindinė šnekamoji kalba:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanų</p> <p><input type="checkbox"/> Arabų</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> Anglų</p> <p><input type="checkbox"/> Persų</p> <p><input type="checkbox"/> Kita</p> <p><input type="checkbox"/> Rusų</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinų</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainiečių</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamiečių</p>
<p>1.4 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> None</p>	<p>1.4 Antroji šnekamoji kalba</p> <p><input type="checkbox"/> Albanų</p> <p><input type="checkbox"/> Arabų</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> Anglų</p> <p><input type="checkbox"/> Persų</p> <p><input type="checkbox"/> Kita</p> <p><input type="checkbox"/> Rusų</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinų</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainiečių</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamiečių</p> <p><input type="checkbox"/> Nėra</p>
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>1.5 Ar jūsų vaikui reikalingas vertėjas?</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</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>1.6 Ar jūsų vaikui reikalinga ženklų kalbos pagalba?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</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>1.7 Kas šiuo metu gyvena tame pačiame namų ūkyje su jūsų vaiku Jungtinėje Karalystėje?</p> <p><input type="checkbox"/> Motina</p>

<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? _____	<input type="checkbox"/> Tėvas <input type="checkbox"/> Brolis (-iai) Kiek? _____ Kokio amžiaus? _____ <input type="checkbox"/> Sesuo (seserys) <input type="checkbox"/> Kiek? _____ <input type="checkbox"/> Kokio amžiaus? _____ <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Kiek? _____
1.8 Does your child attend nursery or school?  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age <input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school <input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place  <input type="checkbox"/> Yes – <i>please give name of nursery or school</i> _____	1.8Ar jūsų vaikas lanko darželį arba mokyklą?  <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Mano vaikui mažiau nei 2 metai <input type="checkbox"/> Pateikėme paraišką dėl vietos, bet mums dar nepaskyrė darželio ar mokyklos <input type="checkbox"/> Norėčiau gauti informacijos apie tai, kur galėčiau gauti pagalbos kreipiantis dėl vietos darželyje ar mokykloje.  <input type="checkbox"/> Taip - <i>nurodykite darželio ar mokyklos pavadinimą</i> _____
Section two: Health questions	Antra dalis: Sveikatos klausimai
2.1 Do you have any concerns about your child? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.1Ar nerimaujate dėl savo vaiko? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
2.2 Is your child currently unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.2Ar jūsų vaikas šiuo metu blogai jaučiasi ar serga? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
2.3 Does your child need an urgent help for a health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.3Ar jūsų vaikui reikia skubios pagalbos dėl sveikatos problemų? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply <input type="checkbox"/> Weight loss	2.4Ar jūsų vaikui šiuo metu pasireiškia kuris nors iš šių simptomų? Pažymėkite visus tinkančius <input type="checkbox"/> Svorio kritimas

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cough</li> <li><input type="checkbox"/> Coughing up blood</li> <li><input type="checkbox"/> Night sweats</li> <li><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</li> <li><input type="checkbox"/> Breathing problems</li> <li><input type="checkbox"/> Fevers</li> <li><input type="checkbox"/> Diarrhoea</li> <li><input type="checkbox"/> Constipation</li> <li><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</li> <li><input type="checkbox"/> Blood in their urine</li> <li><input type="checkbox"/> Blood in their stool</li> <li><input type="checkbox"/> Headache</li> <li><input type="checkbox"/> Pain</li> <li><input type="checkbox"/> Low mood</li> <li><input type="checkbox"/> Anxiety</li> <li><input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares</li> <li><input type="checkbox"/> Difficulty sleeping</li> <li><input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life</li> <li><input type="checkbox"/> Other</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kosulys</li> <li><input type="checkbox"/> Kosėjimas krauju</li> <li><input type="checkbox"/> Naktinis prakaitavimas</li> <li><input type="checkbox"/> Išsekimas</li> <li><input type="checkbox"/> Kvėpavimo problemos</li> <li><input type="checkbox"/> Karščiavimas</li> <li><input type="checkbox"/> Viduriavimas</li> <li><input type="checkbox"/> Vidurių užkietėjimas</li> <li><input type="checkbox"/> Odos nusiskundimai ir bėrimai</li> <li><input type="checkbox"/> Kraujas šlapime</li> <li><input type="checkbox"/> Kraujas išmatose</li> <li><input type="checkbox"/> Galvos skausmai</li> <li><input type="checkbox"/> Skausmas</li> <li><input type="checkbox"/> Bloga nuotaika</li> <li><input type="checkbox"/> Nerimas</li> <li><input type="checkbox"/> Kankinantys prisiminimai ar košmarai</li> <li><input type="checkbox"/> Miego sutrikimai</li> <li><input type="checkbox"/> Noras pakenkti sau arba nenoras gyventi</li> <li><input type="checkbox"/> Kita</li> </ul>
<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>	<p>2.5 Kūno atvaizde pažymėkite sritį (-is), kurioje (-iose) jis (ji) susiduria su savo dabartinėmis sveikatos problemomis</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>2.6 Ar jūsų vaikas gimė neišnešiotas (gimė per anksti - iki 37 savaičių/8,5 nėštumo mėnesio)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</p>
<p>2.7 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 Ar jūsų vaikas netrukus po gimdymo turėjo kokių nors sveikatos problemų, pvz., kvėpavimo problemų, infekcijų, smegenų traumų?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</p>
<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 Tik naujagimiai (iki 3 mėnesių amžiaus):</b> Ar jūsų vaikui po gimdymo praėjus 6-8 savaitėms šeimos daktaras patikrino sveikatą?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.9 Ar jūsų vaikas turi kokių nors nežinomų sveikatos problemų?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</p>

<p>2.10 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 style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p style="padding-left: 20px;"><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 style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Low mood/depression</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Attempted suicide</p> <p style="padding-left: 20px;"><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 Ar jūsų vaikas turi kurią nors iš šių ligų? Pažymėkite visus tinkančius</p> <p><input type="checkbox"/> Astma</p> <p><input type="checkbox"/> Kraujo sutrikimai</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pjautuvinė anemija</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Talasemija</p> <p><input type="checkbox"/> Vėžys</p> <p><input type="checkbox"/> Dantų problemos</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetas</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsija</p> <p><input type="checkbox"/> Akių problemos</p> <p><input type="checkbox"/> Ausų, nosies, gerklės</p> <p><input type="checkbox"/> Širdies problemos</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitas B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitas C</p> <p><input type="checkbox"/> ŽIV</p> <p><input type="checkbox"/> Inkstų problemos</p> <p><input type="checkbox"/> Kepenų problemos</p> <p><input type="checkbox"/> Psichinės sveikatos problemos</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Prasta nuotaika ar depresija</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Nerimas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Potrauminio streso sutrikimai (PTSD)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ankstesnis savęs žalojimas</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bandytas nusižudyti</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Kita</p> <p><input type="checkbox"/> Odos ligos</p> <p><input type="checkbox"/> Skydliaukės liga</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkuliozė (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> Kita</p>
<p>2.11 Has your child ever had any operations / surgery?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.11 Ar jūsų vaikui kada nors buvo atlikta kokia nors operacija ar chirurgija?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</p>
<p>2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.12 Ar jūsų vaikas turi fizinių sužalojimų, patirtų dėl karo, konfliktų ar kankinimų?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</p>
<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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.13 Ar jūsų vaikas turi psichikos sveikatos problemų? Tai gali būti karo, konflikto, kankinimų ar priverstinio bėgimo iš šalies padariniai.</p> <p><input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Taip</p>
<p>2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties?</p>	<p>2.14 Ar jūsų vaikas turi fizinę negalią arba judumo sunkumų?</p>

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
<p>2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply</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>2.15 Ar jūsų vaikas turi kokių nors jutimo sutrikimų? Pažymėkite visus tinkančius</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Aklumas <input type="checkbox"/> Dalinis regos praradimas <input type="checkbox"/> Visiškas klausos praradimas <input type="checkbox"/> Dalinis klausos praradimas <input type="checkbox"/> Kvapo ir (arba) skonio sutrikimai
<p>2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.16 Ar manote, kad jūsų vaikas turi mokymosi sunkumų ar elgesio problemų?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
<p>2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.17 Ar jums kelia susirūpinimą vaiko augimas, pvz., jo svoris ar ūgis?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
<p>2.18 <b>Babies only:</b> Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p><b>2.18 Tik kūdikiams:</b> Ar jūsų vaikas turi kokių nors maitinimo problemų, pvz., vemia, turi refliuksą, ar nevalgo pieno?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip
<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> <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>2.19 Ar jūsų artimiausi šeimos nariai (tėvas, motina, broliai, seserys ar seneliai) sirgo kuria nors iš šių ligų?</p> <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Vėžys <input type="checkbox"/> Depresija ar psichinės sveikatos liga <input type="checkbox"/> Diabetas <input type="checkbox"/> Širdies infarktas <input type="checkbox"/> Hepatitas B <input type="checkbox"/> Aukštas kraujospūdis <input type="checkbox"/> ŽIV <input type="checkbox"/> Mokymosi sunkumai <input type="checkbox"/> Insultas <input type="checkbox"/> Tuberkuliozė (TB) <input type="checkbox"/> Kita
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p>	<p>2.20 Ar jūsų vaikas vartoja kokius nors receptinius vaistus?</p>



<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – <i>please list your child’s prescribed medicines and doses in the box below</i>  <b>Please bring any prescriptions or medicines to your child’s appointment</b>  <table border="1" data-bbox="150 524 775 967"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 524 564 562">Name</th> <th data-bbox="564 524 775 562">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 562 564 967"></td> <td data-bbox="564 562 775 967"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip - <i>toliau esančioje lentelėje nurodykite jūsų vaikui išrašytus vaistus ir jų dozes</i>  <b>Į jūsų vaikui paskirtą apsilankymą atsineškite visus receptus arba vaistus.</b>  <table border="1" data-bbox="823 524 1449 967"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 524 1238 562">Pavadinimas</th> <th data-bbox="1238 524 1449 562">Dozė</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 562 1238 967"></td> <td data-bbox="1238 562 1449 967"></td> </tr> </tbody> </table>	Pavadinimas	Dozė		
Name	Dose								
Pavadinimas	Dozė								
<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.21 Ar nerimaujate, kad per kelias ateinančias savaites gali pritrūkti šių vaistų?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip								
<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> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – <i>please list medicines and doses in the box below</i>  <b>Please bring any medicines to your child’s appointment</b>  <table border="1" data-bbox="150 1778 775 1816"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 1778 564 1816">Name</th> <th data-bbox="564 1778 775 1816">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1816 564 1852"></td> <td data-bbox="564 1816 775 1852"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.22 Ar jūsų vaikas vartoja kokius nors vaistus, kurių nepaskyrė sveikatos priežiūros specialistas, pvz., vaistus, kuriuos nusipirkote vaistinėje, parduotuvėje, internetu arba kurie buvo pristatyti iš užsienio?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip - <i>toliau esančioje lentelėje nurodykite vaistus ir jų dozes</i>  <b>Į jūsų vaikui paskirtą apsilankymą atsineškite visus vaistus.</b>  <table border="1" data-bbox="823 1816 1449 1852"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 1816 1238 1852">Pavadinimas</th> <th data-bbox="1238 1816 1449 1852">Dozė</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 1852 1238 1852"></td> <td data-bbox="1238 1852 1449 1852"></td> </tr> </tbody> </table>	Pavadinimas	Dozė		
Name	Dose								
Pavadinimas	Dozė								

<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.23Ar jūsų vaikas turi alergiją kokiems nors vaistams?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</p>	
<p>2.24 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>		<p>2.24Ar jūsų vaikas turi alergiją kam nors kitam? (pvz., maistui, vabzdžių įgėlimams, latekso pirštinėms)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</p>	
<p><b>Section three: Vaccinations</b></p>		<p><b>Trečia dalis: Skiepai</b></p>	
<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?</p> <p><b><i>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</i></b></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know</p>		<p>3.1Ar jūsų vaikas paskiepytas visais jo kilmės šalyje jo amžiui skirtais skiepais?</p> <p><b><i>Jei turite skiepų istoriją, atsineškite ją į paskirtą apsilankymą.</i></b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Nežinau</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>3.2Ar jūsų vaikas paskiepytas nuo tuberkuliozės (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Nežinau</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</p>		<p>3.3Ar jūsų vaikas paskiepytas nuo COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dozė <input type="checkbox"/> 2 dozės</p>	

<input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> 3 dozės <input type="checkbox"/> Daugiau nei 3 dozės <input type="checkbox"/> Nežinau
<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>Jei nenorite dalintis šioje formoje ir norėtumėte tai aptarti su gydytoju, paskambinkite savo šeimos daktarui ir užsirašykite apsilankymui</p>