

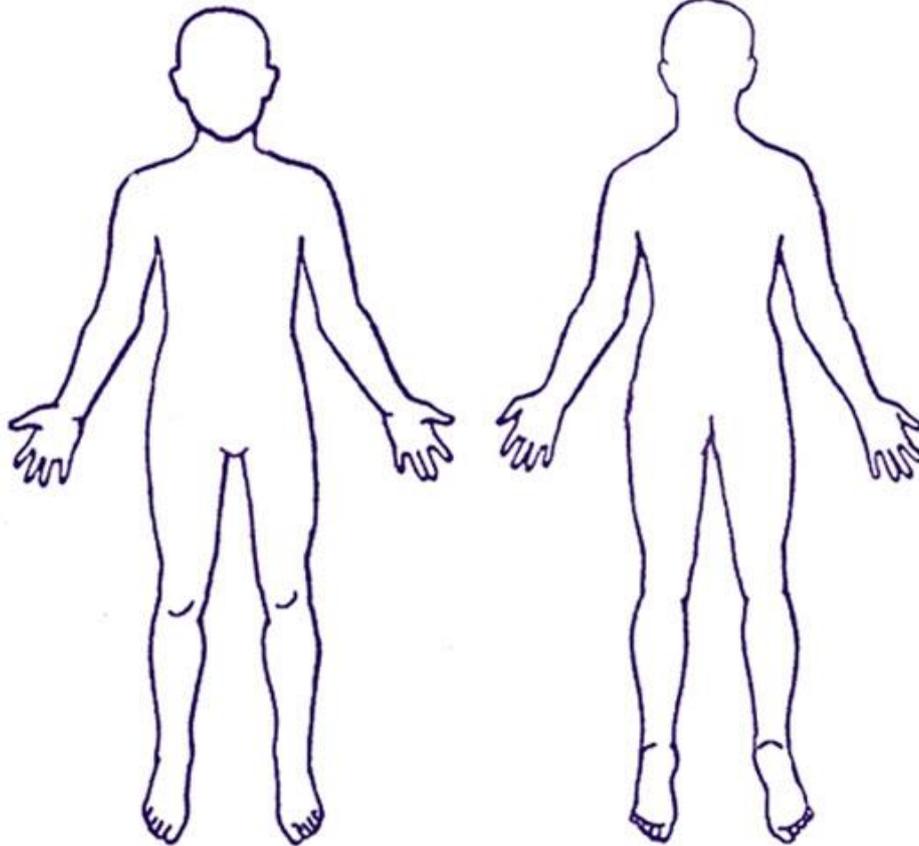
English	Portuguese
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>Novo questionário para pacientes para migrantes recém-chegados ao Reino Unido</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register 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>Todos têm o direito de se registrar em um médico de família. Você não precisa de comprovante de endereço, status de imigração, identidade ou número do NHS para se registrar em um médico de família.</p> <p>Este questionário se destina a recolher informações sobre a sua saúde para que os profissionais de saúde do seu consultório médico possam compreender que apoio, tratamento e serviços especializados pode necessitar, de acordo com as políticas de confidencialidade e partilha de dados do National Health Service.</p> <p>O seu médico de família não divulgará qualquer informação que você forneça para outros fins que não os seus cuidados diretos, a menos que: você tenha consentido (por exemplo, para apoiar pesquisas médicas); ou seja obrigado a fazê-lo por lei (por exemplo, para proteger outras pessoas de lesões graves); ou porque existe um interesse público superior (por exemplo, se você sofre de uma doença transmissível). Mais informações sobre como o seu médico de família usará suas informações estão disponíveis no seu consultório de médico de família.</p> <p>Devolva suas respostas ao consultório do seu médico de família.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>Seção um: Dados pessoais</p>
<p>Full name:</p>	<p>Nome completo:</p>
<p>Address:</p>	<p>Endereço:</p>
<p>Telephone number:</p>	<p>Número de telefone:</p>

Email address:	Endereço de e-mail:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	Por favor, responda a todas as perguntas e marque todas as respostas que se aplicam a você.
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 Data de preenchimento do questionário:
1.2 Which of the following best describes you? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.2 Qual das seguintes opções melhor descreve você? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer
1.3 Is this the same gender you were given at birth? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Prefer not to say	1.3 Este é o mesmo sexo que você recebeu no nascimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer
1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	1.4 Data de nascimento: Data _____ Mês _____ Ano _____
1.5 Religion: <input type="checkbox"/> Buddhist <input type="checkbox"/> Christian <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Muslim <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Other religion <input type="checkbox"/> No religion	1.5 Religião: <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Cristão <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Judeu <input type="checkbox"/> Muçulmano <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Outra religião <input type="checkbox"/> Sem religião
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	1.6 Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/parceiro civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Nenhuma das opções acima
1.7 Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex) <input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex)	1.7 Orientação sexual: <input type="checkbox"/> Heterossexual (atração pelo sexo oposto) <input type="checkbox"/> Homossexual (atração pelo mesmo sexo)

<input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females) <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Bissexual (atração por homens e mulheres) <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer <input type="checkbox"/> Outro
<p>1.8 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other	<p>1.8 Principal idioma falado:</p> <input type="checkbox"/> Albanês <input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Tigrínia <input type="checkbox"/> Dar <input type="checkbox"/> Ucrâniano <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Outro
<p>1.9 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Russian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Ukrainian <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> None	<p>1.9 Segundo idioma falado:</p> <input type="checkbox"/> Albanês <input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Tigrínia <input type="checkbox"/> Dar <input type="checkbox"/> Ucrâniano <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Nenhum
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.10 Você precisa de um intérprete?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<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> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> I don't mind	<p>1.11 Você prefere um intérprete masculino ou feminino? Esteja ciente de que a disponibilidade de intérpretes pode significar que nem sempre é possível atender às suas preferências.</p> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Não me importo
<p>1.12 Are you able to read in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty reading	<p>1.12 Você consegue ler no seu próprio idioma?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tenho dificuldade para ler
<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I have difficulty writing	<p>1.13 Você consegue escrever em seu próprio idioma?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tenho dificuldade para escrever

<p>1.14 Do you need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.14 Você precisa de suporte de linguagem de sinais?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</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"> <tr> <td data-bbox="150 524 432 1115"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="432 524 810 1115"> <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>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="810 524 1109 1115"> <p>Nome:</p> <p>Número de telefone de contato:</p> <p>Endereço:</p> </td> <td data-bbox="1109 524 1490 1115"> <p><u>Descendente</u></p> </td> </tr> </table>	<p>Nome:</p> <p>Número de telefone de contato:</p> <p>Endereço:</p>	<p><u>Descendente</u></p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>				
<p>Nome:</p> <p>Número de telefone de contato:</p> <p>Endereço:</p>	<p><u>Descendente</u></p>				
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="150 1115 432 1706"> <p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p> </td> <td data-bbox="432 1115 810 1706"> <p>Emergency contact (if different)</p> </td> </tr> </table>	<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="810 1115 1109 1706"> <p>Nome:</p> <p>Número de telefone de contato:</p> <p>Endereço:</p> </td> <td data-bbox="1109 1115 1490 1706"> <p>Contato de emergência (se diferente)</p> </td> </tr> </table>	<p>Nome:</p> <p>Número de telefone de contato:</p> <p>Endereço:</p>	<p>Contato de emergência (se diferente)</p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>				
<p>Nome:</p> <p>Número de telefone de contato:</p> <p>Endereço:</p>	<p>Contato de emergência (se diferente)</p>				
<p>Section two: Health questions</p>	<p>Seção dois: Perguntas de saúde</p>				
<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 Você está se sentindo mal ou doente no momento?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>				

	<input type="checkbox"/> Sim
<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 Você precisa de ajuda urgente para seu problema de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Night sweats <input type="checkbox"/> Extreme tiredness <input type="checkbox"/> Breathing problems <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in your urine <input type="checkbox"/> Blood in your stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Low mood <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling like you can't control your thoughts or actions <input type="checkbox"/> Feeling that you want to harm yourself or give up on life <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.3 Atualmente você tem algum dos seguintes sintomas? <i>Marque todas as opções aplicáveis</i></p> <p><input type="checkbox"/> Perda de peso <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Tossindo sangue <input type="checkbox"/> Suores noturnos <input type="checkbox"/> Cansaço extremo <input type="checkbox"/> Problemas respiratórios <input type="checkbox"/> Febres <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Problemas de pele ou erupções cutâneas <input type="checkbox"/> Sangue na urina <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Mau humor <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Flashbacks ou pesadelos angustiantes <input type="checkbox"/> Dificuldade para dormir <input type="checkbox"/> Sente que não consegue controlar seus pensamentos ou ações <input type="checkbox"/> Sente que quer se machucar ou desistir da vida <input type="checkbox"/> Outro</p>
<p>2.4 Please mark on the body image the area(s) where you are experiencing your current health problem(s)</p>	<p>2.4 Por favor, marque na imagem corporal a(s) área(s) onde você está enfrentando seu(s) problema(s) de saúde atual(is)</p>



<p>2.5 Do you have any known health problems that are ongoing?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.5 Você tem algum problema de saúde conhecido que esteja em andamento?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>2.6 Do you have or have you ever had any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</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"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV or AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> High blood pressure</p>	<p>2.6 Você tem ou já teve algum dos seguintes sintomas? Marque todas as opções aplicáveis</p> <p><input type="checkbox"/> Artrite</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Doença sanguínea</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Anemia falciforme</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Talassemia</p> <p><input type="checkbox"/> Câncer</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas dentários</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas oculares</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas cardíacos</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatite B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatite C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV ou AIDS</p>

<input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <input type="checkbox"/> Mental health problems <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	<input type="checkbox"/> Pressão arterial elevada <input type="checkbox"/> Problemas renais <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares/dificuldades respiratórias de longa duração <input type="checkbox"/> Problemas de saúde mental <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mau humor/depressão <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) <input type="checkbox"/> Já se machucou anteriormente <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Doença de pele <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Doença da tireoide <input type="checkbox"/> Tuberculose (TB) <input type="checkbox"/> Outro
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7 Você já fez alguma operação/cirurgia?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<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>2.8 Se você fez uma operação/cirurgia, há quanto tempo foi isso?</p> <input type="checkbox"/> Nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1 – 3 anos atrás <input type="checkbox"/> Há mais de 3 anos
<p>2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.9 Você sofreu algum ferimento físico causado por guerra, conflito ou tortura?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<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>2.10 Você tem algum problema de saúde mental? Isso pode ter sido causado por guerra, conflito, tortura ou ser forçado a fugir do seu país?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<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</p>	<p>2.11 Alguns problemas médicos podem ocorrer em famílias. Algum membro da sua família imediata (pai, mãe, irmãos e avós) teve ou sofreu de alguma das</p>

<p>any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>seguintes situações? Marque todas as opções aplicáveis</p> <p><input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Depressão/doença mental <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Pressão arterial elevada <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Outro</p>								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your prescribed medicines and doses in the box below</i> Please bring any prescriptions or medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 891 775 1263"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 891 564 931">Name</th> <th data-bbox="564 891 775 931">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 931 564 1263"></td> <td data-bbox="564 931 775 1263"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 Você está tomando algum medicamento prescrito?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – <i>liste os medicamentos prescritos e doses na caixa abaixo</i> Por favor, traga todas as receitas ou medicamentos para sua consulta</p> <table border="1" data-bbox="826 927 1452 1299"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 927 1241 967">Nome</th> <th data-bbox="1241 927 1452 967">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 967 1241 1299"></td> <td data-bbox="1241 967 1452 1299"></td> </tr> </tbody> </table>	Nome	Dose		
Name	Dose								
Nome	Dose								
<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>2.13 Você está preocupado com a possibilidade de ficar sem esses medicamentos nas próximas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>								
<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> Please bring any medications to your appointment</p> <table border="1" data-bbox="150 1926 775 1966"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 1926 564 1966">Name</th> <th data-bbox="564 1926 775 1966">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1966 564 2000"></td> <td data-bbox="564 1966 775 2000"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 Você toma algum medicamento que não tenha sido prescrito por um profissional de saúde, por exemplo, medicamentos que você comprou em uma farmácia/loja/na internet ou que recebeu do exterior?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – <i>liste os medicamentos e as doses na caixa abaixo</i> Por favor, traga todos os medicamentos para sua consulta</p> <table border="1" data-bbox="826 1962 1452 2002"> <thead> <tr> <th data-bbox="826 1962 1241 2002">Nome</th> <th data-bbox="1241 1962 1452 2002">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="826 2002 1241 2000"></td> <td data-bbox="1241 2002 1452 2000"></td> </tr> </tbody> </table>	Nome	Dose		
Name	Dose								
Nome	Dose								

<p>2.15 Are you allergic to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.15 Você é alérgico a algum medicamento?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	
<p>2.16 Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.16 Você é alérgico a mais alguma coisa? (por exemplo, alimentos, picadas de insetos, luvas de látex)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	
<p>2.17 Do you have any physical disabilities or mobility difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.17 Você tem alguma deficiência física ou dificuldade de locomoção?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	
<p>2.18 Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i></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>2.18 Você tem alguma deficiência sensorial? <i>Marque todas as opções aplicáveis</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Cegueira</p> <p><input type="checkbox"/> Perda parcial de visão</p> <p><input type="checkbox"/> Perda auditiva total</p> <p><input type="checkbox"/> Perda auditiva parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de olfato e/ou paladar</p>	
<p>2.19 Do you have any learning difficulties?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.19 Você tem alguma dificuldade de aprendizagem?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	
<p>2.20 Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		<p>2.20 Há algum assunto específico que você gostaria de discutir/levantar em sua próxima consulta com um profissional de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	

Section three: Lifestyle questions	Seção três: Perguntas sobre estilo de vida
<p>3.1 How often do you drink alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Monthly or less</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 times per month</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 times per week</p> <p><input type="checkbox"/> 4 or more times per week</p> <p><i>There is 1 unit of alcohol in:</i></p> <div style="text-align: center;">  <p><i>½ pint glass of beer</i></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><i>1 small glass of wine</i></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><i>1 single measure of spirits</i></p> </div>	<p>3.1 Com que frequência você bebe álcool?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Mensalmente ou menos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês</p> <p><input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana</p> <p><i>Existe 1 unidade de álcool em:</i></p> <div style="text-align: center;">  <p><i>½ caneca de cerveja</i></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><i>1 taça pequena de vinho</i></p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><i>1 única medida de bebidas destiladas</i></p> </div>
<p>3.2 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>3.2 Quantas unidades de álcool você bebe em um dia normal quando está bebendo?</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 ou mais</p>
<p>3.3 How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Less than monthly</p>	<p>3.3 Com que frequência você tomou 6 ou mais unidades se for mulher, ou 8 ou mais se for homem, em uma única ocasião no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>

<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily	<input type="checkbox"/> Menos que mensalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente ou quase diariamente
<p>3.4 Do you take any drugs that may be harmful to your health e.g. cannabis, cocaine, heroin?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit taking drugs that might be harmful <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.4 Você consome alguma droga que possa ser prejudicial à sua saúde, por exemplo? Maconha, cocaína, heroína?</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Parei de consumir drogas que podem ser prejudiciais <input type="checkbox"/> Sim
<p>3.5 Do you smoke?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.5 Você fuma?</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Parei de fumar <input type="checkbox"/> Sim
<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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Cigarros Quantos por dia? _____</p> <p>Há quantos anos você fuma? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tabaco</p> <p>Gostaria de ajuda para parar de fumar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>3.6 Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	<p>3.6 Você masca tabaco?</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Parei de mascar tabaco <input type="checkbox"/> Sim
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>Seção quatro: Vacinas</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin?</p> <p><i>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</i></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>4.1 Você já tomou todas as vacinas infantis oferecidas em seu país de origem?</p> <p><i>Se você tiver um registro do seu histórico de vacinação, traga-o na consulta.</i></p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei

<input type="checkbox"/> I don't know	
<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>4.2 Você foi vacinado contra a tuberculose (TB)?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know	<p>4.3 Você foi vacinado contra COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> Mais de 3 doses <input type="checkbox"/> Não sei
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>Seção cinco: Perguntas apenas para pacientes do sexo feminino</p>
<p>5.1 Are you pregnant?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I might be pregnant <input type="checkbox"/> Yes How many weeks pregnant are you? _____	<p>5.1 Você está grávida?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Posso estar grávida <input type="checkbox"/> Sim Com quantas semanas de gravidez você está? _____
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes What method do you use? <input type="checkbox"/> Barrier contraception <i>e.g. condoms, gel</i> <input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill <input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD) <input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) <i>e.g. Mirena</i> <input type="checkbox"/> Contraceptive injection <input type="checkbox"/> Contraceptive implant <input type="checkbox"/> Other	<p>5.2 Você usa anticoncepcionais?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual método você usa? <input type="checkbox"/> Contracepção de barreira, por exemplo, preservativos, gel <input type="checkbox"/> Pílula anticoncepcional oral <input type="checkbox"/> Bobina de cobre/dispositivo intrauterino (DIU) <input type="checkbox"/> Bobina hormonal/sistema intrauterino (SIU), por exemplo, Mirena <input type="checkbox"/> Injeção anticoncepcional <input type="checkbox"/> Implante anticoncepcional <input type="checkbox"/> Outro

<p>5.3 Do you urgently need any contraception?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>5.3 Você precisa urgentemente de algum contraceptivo?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</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>5.4 Você já fez um esfregaço cervical ou um teste de esfregaço? Este é um teste para verificar a saúde do colo do útero e ajudar a prevenir o câncer cervical.</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Gostaria de receber mais informações</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>5.5 Você fez uma histerectomia (operação para remover o útero e o colo do útero)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</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>5.6 Como paciente do sexo feminino, há algum assunto particular que você gostaria de discutir/abordar em sua próxima consulta com um profissional de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</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>	<p>Se houver algo que você não se sinta confortável em compartilhar neste formulário e gostaria de discutir o assunto com um médico, ligue para seu médico de família e marque uma consulta.</p>