

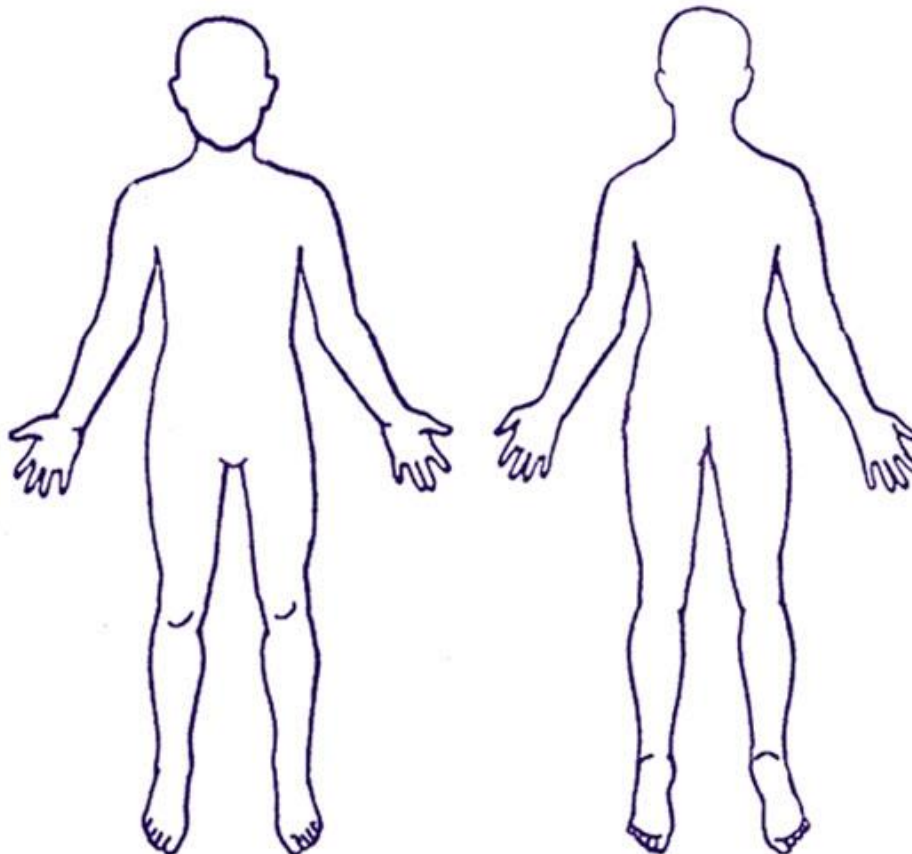
English	Français
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>Questionnaire du patient pour les migrants nouvellement arrivés au Royaume-Uni : enfants et jeunes personnes</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, 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>Tout le monde a le droit de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste. Vous n'avez pas besoin de justificatif de domicile, de statut d'immigrant, de pièce d'identité ou de numéro NHS pour vous inscrire auprès d'un médecin généraliste</p> <p>Ce questionnaire a pour but de recueillir des informations sur la santé des enfants afin que les professionnels de santé de votre cabinet de médecine générale puissent comprendre de quel soutien, traitement et services spécialisés ils ont besoin, conformément aux politiques de confidentialité et de partage des données du service de soins britannique, le National Health Service.</p> <p><b>Les jeunes personnes compétentes de moins de 18 ans peuvent eux-mêmes remplir la version adulte du questionnaire.</b></p> <p>Votre médecin généraliste ne divulguera pas les informations que vous fournissez à des fins autres que pour vos soins directs, sauf si : vous y avez consenti (par exemple, pour soutenir la recherche médicale) ; ou s'il est tenu de le faire par la loi (par exemple, pour protéger d'autres personnes contre un préjudice grave) ; ou parce que c'est dans l'intérêt public (par exemple, si vous souffrez d'une maladie transmissible). De plus amples informations sur la manière dont votre médecin généraliste utilisera vos informations sont disponibles auprès de votre cabinet médical.</p> <p>Renvoyez vos réponses à votre cabinet médical.</p>

Person completing	Personne répondant au questionnaire
Who is completing this form:  <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	Qui remplit ce formulaire :  <input type="checkbox"/> Parent de l'enfant <input type="checkbox"/> Tuteur légal/personne qui s'occupe de l'enfant
<b>Section one: Personal details</b>	<b>Première partie : Informations personnelles</b>
Child's full name:	Nom et prénom de l'enfant :
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	Date de naissance de l'enfant : Jour _____ Mois _____ Année _____
Child's address:	Adresse de l'enfant :
Mother's name:	Nom de la mère :
Father's name:	Nom du père :
Contact telephone number(s):	Numéro(s) de téléphone de la personne à contacter :
Email address:	Adresse e-mail :
<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>	<b>Veillez cocher toutes les réponses applicables.</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 Laquelle des options suivantes correspond le mieux à votre enfant :</p> <p><input type="checkbox"/> Garçon</p> <p><input type="checkbox"/> Fille</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p><input type="checkbox"/> Je préfère ne pas l'indiquer</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 Religion :</p> <p><input type="checkbox"/> Bouddhiste</p> <p><input type="checkbox"/> Chrétien</p> <p><input type="checkbox"/> Hindou</p> <p><input type="checkbox"/> Juif</p> <p><input type="checkbox"/> Musulman</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Autre religion</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de religion</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 Principale langue parlée :</p> <p><input type="checkbox"/> Albanais</p> <p><input type="checkbox"/> Arabe</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> Français</p> <p><input type="checkbox"/> Persan</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p><input type="checkbox"/> Russe</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrigna</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainien</p> <p><input type="checkbox"/> Ourdou</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamien</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 Seconde langue parlée :</p> <p><input type="checkbox"/> Albanais</p> <p><input type="checkbox"/> Arabe</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> Français</p> <p><input type="checkbox"/> Persan</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p><input type="checkbox"/> Russe</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrigna</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainien</p> <p><input type="checkbox"/> Ourdou</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamien</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune</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 Votre enfant a-t-il besoin d'un interprète ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</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 Votre enfant a-t-il besoin d'un soutien en langage des signes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</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>1.7 Qui vit dans le même foyer que votre enfant actuellement au Royaume-Uni ?</p> <p><input type="checkbox"/> Mère</p>

<input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother(s) How many? _____ What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Sister(s) <input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Frère(s) Combien ? _____ Quel âge a-t-il/ont-ils ? _____ <input type="checkbox"/> Sœur(s) <input type="checkbox"/> Combien ? _____ <input type="checkbox"/> Quel âge a-t-elle/ont-elles ? _____ <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Combien ? _____
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> _____	1.8 Votre enfant va-t-il à la crèche ou à l'école ?  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mon enfant a moins de 2 ans <input type="checkbox"/> Nous avons fait une demande mais n'avons pas encore obtenu de place dans une crèche/école <input type="checkbox"/> Je voudrais savoir où je peux obtenir de l'aide pour demander une place en crèche ou à l'école  <input type="checkbox"/> Oui – <i>veuillez indiquer le nom de la crèche ou de l'école</i> _____
Section two: Health questions	Deuxième partie : Questions de santé
2.1 Do you have any concerns about your child? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.1 Êtes-vous inquiet/inquiète pour la santé de votre enfant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.2 Is your child currently unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.2 Votre enfant est-il actuellement souffrant ou malade ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.3 Does your child need an urgent help for a health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.3 Votre enfant a-t-il besoin d'une aide urgente pour un problème de santé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply	2.4 Votre enfant souffre-t-il actuellement de l'un des symptômes suivants ? Cochez toutes les options applicables

<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"/> Constipation <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in their urine <input type="checkbox"/> Blood in their 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 that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Cracher du sang <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes <input type="checkbox"/> Fatigue extrême <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Rougeurs ou éruptions cutanées <input type="checkbox"/> Sang dans ses urines <input type="checkbox"/> Sang dans ses selles <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> État dépressif <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Flashbacks ou cauchemars angoissants <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Sentiment qu'il/elle veut se faire du mal ou renoncer à la vie <input type="checkbox"/> Autre
<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 Veuillez indiquer sur l'image du corps la ou les zones où il/elle rencontre des problèmes de santé actuellement</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 Votre enfant est-il né prématurément (accouchement précoce - avant 37 semaines/8 mois et demi de grossesse) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</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 Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé peu après l'accouchement, par exemple des problèmes respiratoires, une infection, une lésion cérébrale ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</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 Nouveaux bébés uniquement (jusqu'à 3 mois) :</b> Votre enfant a-t-il subi un examen de santé par un médecin généraliste 6-8 semaines après l'accouchement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>2.9 Votre enfant a-t-il des problèmes de santé connus ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Oui
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Asthma</li> <li><input type="checkbox"/> Blood disorder <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</li> <li><input type="checkbox"/> Thalassaemia</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Cancer</li> <li><input type="checkbox"/> Dental problems</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> Epilepsy</li> <li><input type="checkbox"/> Eye problems</li> <li><input type="checkbox"/> Ears, nose or throat</li> <li><input type="checkbox"/> Heart problems</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis B</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis C</li> <li><input type="checkbox"/> HIV</li> <li><input type="checkbox"/> Kidney problems</li> <li><input type="checkbox"/> Liver problems</li> <li><input type="checkbox"/> Mental health problems <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Low mood/depression</li> <li><input type="checkbox"/> Anxiety</li> <li><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</li> <li><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</li> <li><input type="checkbox"/> Attempted suicide</li> <li><input type="checkbox"/> Other</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Skin disease</li> <li><input type="checkbox"/> Thyroid disease</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)</li> <li><input type="checkbox"/> Other</li> </ul>	<p>2.10 Votre enfant souffre-t-il de l'un des symptômes suivants ? Cochez toutes les options applicables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Asthme</li> <li><input type="checkbox"/> Problème sanguin <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Drépanocytose</li> <li><input type="checkbox"/> Thalassémie</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Cancer</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes dentaires</li> <li><input type="checkbox"/> Diabète</li> <li><input type="checkbox"/> Épilepsie</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes oculaires</li> <li><input type="checkbox"/> Oreilles, nez ou gorge</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques</li> <li><input type="checkbox"/> Hépatite B</li> <li><input type="checkbox"/> Hépatite C</li> <li><input type="checkbox"/> VIH</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes rénaux</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes de foie</li> <li><input type="checkbox"/> Problème de santé mentale <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur/dépression</li> <li><input type="checkbox"/> Anxiété</li> <li><input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT)</li> <li><input type="checkbox"/> Antécédent d'automutilation</li> <li><input type="checkbox"/> Tentative de suicide</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Maladie de la peau</li> <li><input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculose (TB)</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul>
<p>2.11 Has your child ever had any operations / surgery?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Yes</li> </ul>	<p>2.11 Votre enfant a-t-il déjà subi des opérations / chirurgie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Non</li> <li><input type="checkbox"/> Oui</li> </ul>
<p>2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Yes</li> </ul>	<p>2.12 Votre enfant souffre-t-il de blessures physiques suite à une guerre, des conflits ou dus à la torture ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Non</li> <li><input type="checkbox"/> Oui</li> </ul>
<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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> </ul>	<p>2.13 Votre enfant a-t-il des problèmes de santé mentale ? Cela peut être la conséquence d'une guerre, d'un conflit, de tortures ou d'un départ forcé de votre pays ?</p>

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.14 Votre enfant a-t-il un handicap physique ou des problèmes de mobilité ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply <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	2.15 Votre enfant souffre-t-il de troubles sensoriels ? Cochez toutes les options applicables <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Perte partielle de la vue <input type="checkbox"/> Perte auditive totale <input type="checkbox"/> Perte auditive partielle <input type="checkbox"/> Problèmes d'odorat et/ou de goût
2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16 Pensez-vous que votre enfant a des difficultés d'apprentissage ou des problèmes de comportement ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17 Avez-vous des inquiétudes concernant la croissance de votre enfant, par exemple son poids ou sa taille ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.18 <b>Babies only:</b> Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.18 <b>Bébés uniquement :</b> Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation, par exemple des vomissements, des remontées gastriques, refuse-t-il le lait ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?  <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	2.19 Un membre de la famille immédiate de votre enfant (père, mère, frères et sœurs et grands-parents) a-t-il/elle eu ou souffre-t-il/elle de l'une des maladies suivantes ?  <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dépression/maladie mentale <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Crise cardiaque <input type="checkbox"/> Hépatite B



<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Tuberculose (TB) <input type="checkbox"/> Autre								
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your child's prescribed medicines and doses in the box below</i></p> <p><b>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="150 891 777 1339"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.20 Votre enfant prend-il des médicaments qui lui ont été prescrits ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui –<i>Veillez indiquer les médicaments qui ont été prescrits à votre enfant et les doses dans le tableau ci-dessous</i></p> <p><b>Veillez apporter toute ordonnance ou tout médicament au rendez-vous de votre enfant</b></p> <table border="1" data-bbox="825 927 1452 1375"> <thead> <tr> <th>Nom</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Nom	Dose		
Name	Dose								
Nom	Dose								
<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.21 Craignez-vous de manquer de l'un de ces médicaments dans les prochaines semaines ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui</p>								
<p>2.22 Does your child take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?</p> <p><input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i></p>	<p>2.22 Votre enfant prend-il des médicaments qui n'ont pas été prescrits par un professionnel de la santé, par exemple des médicaments que vous avez achetés dans une pharmacie, un magasin, sur Internet ou que vous vous êtes fait livrer de l'étranger ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>								

**Please bring any medicines to your child's appointment**

Name	Dose

Oui – *Veillez indiquer les médicaments qui vous ont été prescrits et les doses dans l'espace ci-dessous*

***Veillez apporter tout médicament au rendez-vous de votre enfant***

Nom	Dose

2.23 Does your child have allergy to any medicines?  
 No  
 Yes

2.23 Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ?  
 Non  
 Oui

2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)?  
 No  
 Yes

2.24 Votre enfant est-il allergique à d'autres substances ? (par exemple, aliments, piqûres d'insectes, gants en latex) ?  
 Non  
 Oui

**Section three: Vaccinations**

**Troisième partie : Vaccins**

3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?  
***If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.***  
 No  
 Yes  
 I don't know

3.1 Votre enfant a-t-il reçu tous les vaccins infantiles proposés dans son pays d'origine pour son âge ?  
***Si vous avez un carnet de vaccination, veuillez l'apporter lors de votre rendez-vous.***  
 Non  
 Oui  
 Je ne sais pas

<p>3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>	<p>3.2 Votre enfant a-t-il été vacciné contre la tuberculose (TB) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>
<p>3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p 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>3.3 Votre enfant a-t-il été vacciné contre le COVID-19 ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</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"/> Plus de 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>
<p>If there is something relating to your child's health that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment</p>	<p>S'il y a quelque chose qui vous gêne à propos de la santé de votre enfant, que vous ne souhaitez pas partager dans ce formulaire et que vous voulez aborder avec un médecin, veuillez appeler votre médecin généraliste et prendre rendez-vous</p>