

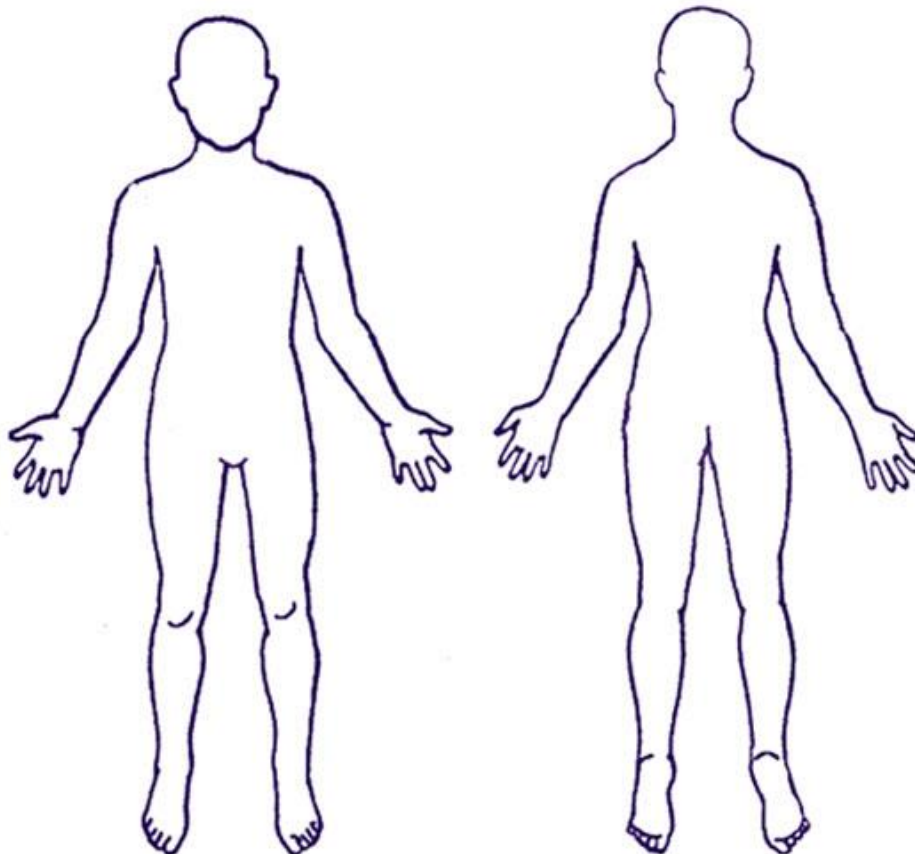
English	Albanian / Anglisht
<p>New Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK</p>	<p>Pyetësori i ri për pacientët e ardhur rishtas si emigrantë në Mbretërinë e Bashkuar</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS 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>Kushdo ka të drejtën e regjistrimit pranë mjekut të familjes (GP). Nuk keni nevojë për vërtetim adresës, dokument emigracioni, letërnjoftim ose një numër NHS për t'u regjistruar pranë mjekut të familjes.</p> <p>Ky pyetësor ka për qëllim të mbledhë informacion rreth shëndetit tuaj në mënyrë që ekspertët e kujdesit shëndetësor pranë klinikës suaj të mjekut të familjes të mund të kuptojnë se çfarë mbështetjeje, trajtimi dhe shërbimesh të specializuara mund t'ju nevojiten në përputhje me politikat e konfidencialitetit dhe përcjelljes së të dhënave të Shërbimit Shëndetësor Kombëtar (NHS).</p> <p>Mjeku juaj i familjes nuk do të zbulojë asnjë informacion që jepni për qëllime të tjera, përveçse për kujdesjes suaj, me përjashtim të rasteve kur keni rënë dakord (p.sh. në mbështetje të hulumtimit shkencor) ose kur kjo kërkohet me ligj (p.sh. për të mbrojtur të tjerët nga dëmtime të rënda), ose për hir të interesit publik (p.sh. vuani nga një sëmundje ngjitëse). Informacion i mëtejshëm rreth mënyrës se si mjeku i familjes do të përdorë informacionin tuaj është i disponueshëm pranë klinikës së mjekut të familjes.</p> <p>Përgjigjet tuaja dorëzohini pranë klinikës suaj të mjekut të familjes.</p>
<p>Section one: Personal details</p>	<p>Pjesa e parë: Të dhënat personale</p>
<p>Full name:</p>	<p>Emri dhe mbiemri:</p>
<p>Address:</p>	<p>Adresa:</p>

Telephone number:	Nr. i telefonit:
Email address:	Adresa e emailit:
Please complete all questions and tick all the answers that apply to you.	Ju lutemi plotësoni të gjitha pyetjet dhe zgjidhni ato që zbatohen për ju.
1.1 Date questionnaire completed:	1.1 Data e plotësimit të pyetësorit:
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 Cilat nga të dhënat e mëposhtme ju përshkruajnë më mirë? <input type="checkbox"/> Mashkull <input type="checkbox"/> Femër <input type="checkbox"/> Tjetër <input type="checkbox"/> Preferoj të mos e them
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 A është e njëjta gjini e përcaktuar që prej lindjes? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Preferoj të mos e them
1.4 Date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	1.4 Datëlindja: Data _____ Muaji _____ Viti _____
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 Feja: <input type="checkbox"/> Budiste <input type="checkbox"/> Krishtere <input type="checkbox"/> Hinduiste <input type="checkbox"/> Judaizëm <input type="checkbox"/> Myslimane <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Fe tjetër <input type="checkbox"/> Pa fe
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 Gjendja martesore: <input type="checkbox"/> I/e martuar/partner/e civil/e <input type="checkbox"/> I/e divorcuar <input type="checkbox"/> I ve/e ve

	<input type="checkbox"/> Asnjë nga të mësipërmet
<p>1.7 Sexual Orientation:</p> <input type="checkbox"/> Heterosexual (attracted to the opposite sex) <input type="checkbox"/> Homosexual (attracted to the same sex) <input type="checkbox"/> Bisexual (attracted to males and females) <input type="checkbox"/> Prefer not to say <input type="checkbox"/> Other	<p>1.7 Orientimi seksual:</p> <input type="checkbox"/> Heteroseksual (i/e tërhequr pas gjinisë së kundërt) <input type="checkbox"/> Homoseksual (i/e tërhequr pas së njëjtës gjini) <input type="checkbox"/> Biseksual (i/e tërhequr pas meshkujve dhe femrave) <input type="checkbox"/> Preferoj të mos e them <input type="checkbox"/> Tjetër
<p>1.8 Main spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	<p>1.8 Gjuha kryesore e folur:</p> <input type="checkbox"/> Shqip <input type="checkbox"/> Arabisht <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Anglisht <input type="checkbox"/> Perse <input type="checkbox"/> Tjetër
<p>1.9 Second spoken language:</p> <input type="checkbox"/> Albanian <input type="checkbox"/> Arabic <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Persian <input type="checkbox"/> Other	<p>1.9 Gjuha e dytë e folur:</p> <input type="checkbox"/> Shqip <input type="checkbox"/> Arabisht <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Anglisht <input type="checkbox"/> Perse <input type="checkbox"/> Tjetër
<p>1.10 Do you need an interpreter?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>1.10 A keni nevojë për përkthyes?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
<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 A do të preferonit një përkthyes apo përkthyesë? Ju lutemi, kini parasysh se në varësi të mundësisë së përkthyesit mund të mos jetë gjithmonë e mundur sipas preferencës suaj.</p> <input type="checkbox"/> Mashkull <input type="checkbox"/> Femër <input type="checkbox"/> Nuk kam preferencë
<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 A mund të lexoni në gjuhën tuaj amtare?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Kam vështirësi në të lexuar

<p>1.13 Are you able to write in your own language?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I have difficulty writing</p>	<p>1.13 A mund të shkruani në gjuhën tuaj amtare?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo</p> <p><input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Kam vështirësi në të shkruar</p>		
<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 A keni nevojë për ndihmë në gjuhën e shenjave?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo</p> <p><input type="checkbox"/> Po</p>		
<p>1.15 Please give details of your next of kin and/or someone we can contact in an emergency:</p>			
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p><u>Next of kin</u></p>	<p>Emri dhe mbiemri:</p> <p>Nr. i telefonit të personit:</p> <p>Adresa:</p>	<p><u>I afërmi</u></p>
<p>Name:</p> <p>Contact telephone number:</p> <p>Address:</p>	<p>Emergency contact (if different)</p>	<p>Emri dhe mbiemri:</p> <p>Nr. i telefonit të personit:</p> <p>Adresa:</p>	<p>Emri dhe nr. i telefonit të personit në rast urgjence (nëse ndryshe)</p>

<p>Section two: Health questions</p>	<p>Pjesa e dytë: Pyetje mbi shëndetin</p>
<p>2.1 Are you currently feeling unwell or ill? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.1 A ndiheni i/e sëmurë? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p>
<p>2.2 Do you need an urgent help for your health problem? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.2 A keni nevojë për ndihmë urgjente për problemin tuaj shëndetësor? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p>
<p>2.3 Do you currently have any of the following symptoms? <i>Please tick all that apply</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <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>2.3 A keni aktualisht ndonjë nga simptomat e mëposhtme? <i>Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejné</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Humbje peshe <input type="checkbox"/> Kollë <input type="checkbox"/> Kollë me gjak <input type="checkbox"/> Djersitje gjatë natës <input type="checkbox"/> Lodhje e jashtëzakonshme <input type="checkbox"/> Probleme me frymëmarrjen <input type="checkbox"/> Temperaturë <input type="checkbox"/> Diarre <input type="checkbox"/> Shqetësime ose skuqje të lëkurës <input type="checkbox"/> Gjak në urinë <input type="checkbox"/> Gjak në jashtëqitje <input type="checkbox"/> Dhimbje koke <input type="checkbox"/> Dhimbje <input type="checkbox"/> Gjendje shpirtërore jo e mirë <input type="checkbox"/> Ankth <input type="checkbox"/> Kujtime shqetësuese nga e kaluara ose ëndrra të këqija <input type="checkbox"/> Vështirësi në të fjetur <input type="checkbox"/> Ndiheni sikur nuk mund të kontrolloni mendimet ose veprimet tuaja <input type="checkbox"/> Ndiheni sikur doni të lëndoni veten ose i/e dorëzuar përballë jetës <input type="checkbox"/> Tjetër
<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 Ju lutemi shënoni në figurën e trupit zonat ku keni shqetësime aktuale shëndetësore</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>2.5A keni ndonjë shqetësim shëndetësor të njohur që e keni ende?</p> <p><input type="checkbox"/> Jo</p> <p><input type="checkbox"/> Po</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>2.6 A keni ose a keni pasur ndonjë nga shqetësimet e mëposhtme? Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejné</p> <p><input type="checkbox"/> Artrit</p> <p><input type="checkbox"/> Astmë</p> <p><input type="checkbox"/> Çrregullime të gjakut</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Anemi e qelizave 'drapër'</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Talasemi</p> <p><input type="checkbox"/> Kancer</p> <p><input type="checkbox"/> Probleme dentare</p> <p><input type="checkbox"/> Diabet</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsi</p> <p><input type="checkbox"/> Probleme të syrit</p> <p><input type="checkbox"/> Probleme të zemrës</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatit B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatit C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV ose SIDA</p>

<input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Long-term lung problem/breathing difficulties <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"/> Tension të lartë <input type="checkbox"/> Probleme të veshkave <input type="checkbox"/> Probleme të mëlçisë <input type="checkbox"/> Problem afatgjatë të mushkërive/vështirësi në frymëmarrje <input type="checkbox"/> Probleme të shëndetit mendor <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Humor i keq/depresion <input type="checkbox"/> Ankth <input type="checkbox"/> Çrregullim i stresit post-traumatik (PTSD) <input type="checkbox"/> Keni lënduar veten më parë <input type="checkbox"/> Tentativë vetëvrasjeje <input type="checkbox"/> Tjetër <input type="checkbox"/> Osteoporozë <input type="checkbox"/> Sëmundje të lëkurës <input type="checkbox"/> Goditje në tru <input type="checkbox"/> Sëmundje të tiroideve <input type="checkbox"/> Tuberkuloz (TB) <input type="checkbox"/> Tjetër
<p>2.7 Have you ever had any operations / surgery?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.7A keni bërë ndonjë ndërhyrje / ose operacion?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
<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 Nëse keni bërë ndonjë ndërhyrje /operacion, para sa kohësh?</p> <input type="checkbox"/> Në 12 muajt e fundit <input type="checkbox"/> 1 - 3 vite më parë <input type="checkbox"/> Mbi 3 vjet
<p>2.9 Do you have any physical injuries from war, conflict or torture?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.9A keni ndonjë plagë fizike si pasojë e luftërave, konflikteve apo torturave?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
<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 A keni ndonjë problem të shëndetit mendor? Këto mund të jenë shkaktuar nga luftërat, torturat apo nga detyrimi për t'u larguar nga vendi juaj?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
<p>2.11 Some medical problems can run in families. Has a member of your immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following? Please tick all that apply</p>	<p>2.11 Disa probleme mjekësore mund të jenë të trashëguara. A ka apo ka përjetuar ndokush në familjen tuaj (babai, nëna, vëllezërit e motrat dhe gjyshërit) ndonjë nga problemet e</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	mëposhtme? Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejnë <input type="checkbox"/> Kancer <input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Depresion/sëmundje të shëndetit mendor <input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/> Tension të lartë <input type="checkbox"/> Goditje në tru <input type="checkbox"/> Tjetër								
<p>2.12 Are you on any prescribed medicines?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – <i>please list your prescribed medicines and doses in the box below</i> Please bring any prescriptions or medications to your appointment <table border="1" data-bbox="150 927 775 1296"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 927 564 965">Name</th> <th data-bbox="564 927 775 965">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 965 564 1296"></td> <td data-bbox="564 965 775 1296"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.12 A jeni duke marrë ilaçe me recetë?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po– <i>ju lutemi renditni ilaçet me recetë dhe dozat që merrni në kutinë më poshtë</i> Ju lutemi sillni me vete recetat ose ilaçet në vizitën tuaj <table border="1" data-bbox="823 927 1449 1296"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 927 1238 965">Emri</th> <th data-bbox="1238 927 1449 965">Doza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 965 1238 1296"></td> <td data-bbox="1238 965 1449 1296"></td> </tr> </tbody> </table>	Emri	Doza		
Name	Dose								
Emri	Doza								
<p>2.13 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>2.13 A jeni i/e shqetësuar se po ju mbarojnë këto ilaçe në javët e ardhshme?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po								
<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> <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 <table border="1" data-bbox="150 1962 775 1998"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 1962 564 1998">Name</th> <th data-bbox="564 1962 775 1998">Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1998 564 1998"></td> <td data-bbox="564 1998 775 1998"></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.14 A merrni ndonjë ilaç që nuk është lëshuar me recetë nga një ekspert i kujdesit shëndetësor, p.sh. ilaçe që keni blerë në farmaci/dyqan/në internet ose i keni marrë nga jashtë shtetit?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po– <i>ju lutemi renditni ilaçet me recetë dhe dozat në kutinë më poshtë</i> Ju lutemi sillni me vete ilaçet në vizitën tuaj <table border="1" data-bbox="823 1928 1449 1964"> <thead> <tr> <th data-bbox="823 1928 1238 1964">Emri</th> <th data-bbox="1238 1928 1449 1964">Doza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="823 1964 1238 1998"></td> <td data-bbox="1238 1964 1449 1998"></td> </tr> </tbody> </table>	Emri	Doza		
Name	Dose								
Emri	Doza								

2.15	Are you allergic to any medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.15	A keni alergji nga ndonjë ilaç? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
2.16	Are you allergic to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16	A keni alergji nga diçka tjetër? (p.sh. ushqimi, pickimi nga insektet, dorezat prej llastiku)? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
2.17	Do you have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.17	A keni aftësi të kufizuara apo vështirësi në lëvizje? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
2.18	Do you have any sensory impairments? <i>Please tick all that apply</i> <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	2.18	A keni ndonjë dëmtim ndijor? <i>Ju lutemi, zgjidhni të gjitha ato që vlejné</i> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Verbëri <input type="checkbox"/> Humbje e pjeshme e shikimit <input type="checkbox"/> Humbje e plotë e dëgjimit <input type="checkbox"/> Humbje e pjeshme e dëgjimit <input type="checkbox"/> Probleme me nuhatjen dhe/ose shijen
2.19	Do you have any learning difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.19	A keni ndonjë vështirësi në të mësuar? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
2.20	Is there any particular private matter you would like to discuss/raise at your next appointment with a healthcare professional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.20	A ka ndonjë çështje të veçantë personale që dëshironi të diskutoni/ngrini në takimin tuaj të ardhshëm me një ekspert të kujdesit shëndetësor? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po

Section three: Lifestyle questions	Pjesa e tretë: Pyetje mbi stilin e jetës
<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>There is 1 unit of alcohol in:</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>½ pint glass of beer</i></p> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>1 small glass of wine</i></p> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>1 single measure of spirits</i></p> </div>	<p>3.1 Sa shpesh konsumoni alkool?</p> <p><input type="checkbox"/> Asnjëherë</p> <p><input type="checkbox"/> Çdo muaj ose më pak</p> <p><input type="checkbox"/> 2-4 herë në muaj</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 herë në javë</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ose më shumë herë në javë</p> <p>Ka 1 njësi alkooli në:</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>0.28 litër birrë</i></p> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>1 gotë e vogël vere</i></p> <div style="display: flex; align-items: center;">  </div> <p><i>1 masë e vetme e pijeve të forta</i></p> </div>
<p>a. How many units of alcohol do you drink in a typical day when you are drinking?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-2</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4</p> <p><input type="checkbox"/> 5-6</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9</p> <p><input type="checkbox"/> 10 or more</p>	<p>a. Sa njësi alkool pini në një ditë të zakonshme kur jeni duke pirë?</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 ose më shumë</p>
<p>b. How often have you had 6 or more units if female, or 8 or more if male, on a single occasion in the last year?</p> <p><input type="checkbox"/> Never</p> <p><input type="checkbox"/> Less than monthly</p>	<p>b. Në një rast të vetëm vitin e fundit, sa shpesh keni konsumuar 6 ose më shumë njësi, nëse jeni femër, apo 8 ose më shumë nëse jeni mashkull?</p>

<input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Daily or almost daily	<input type="checkbox"/> Asnjëherë <input type="checkbox"/> Më pak se për çdo muaj <input type="checkbox"/> Çdo muaj <input type="checkbox"/> Çdo javë <input type="checkbox"/> Çdo ditë ose pothuajse çdo ditë
<p>c.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>c.A konsumoni lëndë narkotike që mund të jenë të dëmshme për shëndetin tuaj, p.sh. kanabis, kokainë, heroinë?</p> <input type="checkbox"/> Asnjëherë <input type="checkbox"/> E kam ndërprerë marrjen e lëndëve narkotike që mund të jenë të dëmshme <input type="checkbox"/> Po
<p>d.Do you smoke?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit smoking <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Cigarettes How many per day? _____ <p>How many years have you smoked for? _____</p> <input type="checkbox"/> Tobacco <p>Would you like help to stop smoking?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>d.A pini duhan?</p> <input type="checkbox"/> Asnjëherë <input type="checkbox"/> E kam ndërprerë pirjen e duhanit <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Cigare Sa pini në ditë? _____ <p>Për sa vite keni pirë duhan? _____</p> <input type="checkbox"/> Duhan <p>A doni ndihmë për të lënë duhanin?</p> <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
<p>e.Do you chew tobacco?</p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> I have quit chewing tobacco <input type="checkbox"/> Yes	<p>e.A mbllaçitni duhan?</p> <input type="checkbox"/> Asnjëherë <input type="checkbox"/> E kam ndërprerë mbllaçitjen e duhanit <input type="checkbox"/> Po
<p>Section four: Vaccinations</p>	<p>Pjesa e katërt: Vaksinimi</p>
<p>4.1 Have you had all the childhood vaccinations offered in your country of origin? <i>If you have a record of your vaccination history please bring this to your appointment.</i></p>	<p>4.1A i keni bërë të gjitha vaksinat e fëmijërisë të ofruara në shtetin tuaj të origjinës? <i>Nëse keni ndonjë dokument të historikut tuaj të vaksinimit, ju lutemi silleni me vete në vizitën tuaj.</i></p>

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Nuk e di
<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>4.2A jeni vaksinuar kundër tuberkulozit (TB)?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Nuk e di
<p>4.3 Have you been vaccinated against COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <ul style="list-style-type: none"> <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>4.3A jeni vaksinuar kundër COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 dozë <input type="checkbox"/> 2 doza <input type="checkbox"/> 3 doza <input type="checkbox"/> Më shumë se 3 doza <input type="checkbox"/> Nuk e di
<p>Section five: Questions for female patients only</p>	<p>Pjesa e pestë: Pyetje vetëm për pacientet femra</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>5.1A jeni shtatzëne?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Mund të jem shtatzëne <input type="checkbox"/> Po Sa javësh shtatzënë jeni? _____
<p>5.2 Do you use contraception?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes What method do you use? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Barrier contraception e.g. condoms, gel <input type="checkbox"/> Oral contraceptive pill <input type="checkbox"/> Copper Coil/Intrauterine device (IUD) <input type="checkbox"/> Hormonal coil/Intrauterine System (IUS) e.g. Mirena <input type="checkbox"/> Contraceptive injection <input type="checkbox"/> Contraceptive implant <input type="checkbox"/> Other 	<p>5.2A përdorni kontraceptiv?</p> <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po Çfarë metode përdorni? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kontraceptiv izolues p.sh. prezervativë, xhel <input type="checkbox"/> Tableta kontraceptiv nga goja <input type="checkbox"/> Pajisje prej bakri/brenda mitrës (IUD) <input type="checkbox"/> Pajisje hormonale/Sistem brenda mitrës (IUS) p.sh. Mirena <input type="checkbox"/> Injeksion kontraceptiv <input type="checkbox"/> Implant kontraceptiv

	<input type="checkbox"/> Tjetër
5.3 Do you urgently need any contraception? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.3A keni nevojë urgjente për kontraceptiv? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
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. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I would like to be given more information	5.4 A keni bërë ndonjëherë analizën e qafës së mitrës ose pap testin? Ky është një test që ekzaminon qafën e mitrës dhe ndihmon në parandalimin e kancerit të qafës së mitrës. <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Do të doja më shumë informacione
5.5 Have you had a hysterectomy (operation to remove your uterus and cervix)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.5A keni bërë histerektomi (operacion për heqjen e mitrës dhe qafës së mitrës)? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	5.6 Si paciente femër, a ka ndonjë çështje të veçantë personale që dëshironi të diskutoni/ngrini në vizitën tuaj të ardhshme me një ekspert të kujdesit shëndetësor? <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po
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.	Nëse ka diçka që nuk ndiheni rehat ta përmendni në këtë formular dhe dëshironi ta diskutoni me një mjek, ju lutemi telefonojini mjekut tuaj të familjes dhe caktoni një takim.