

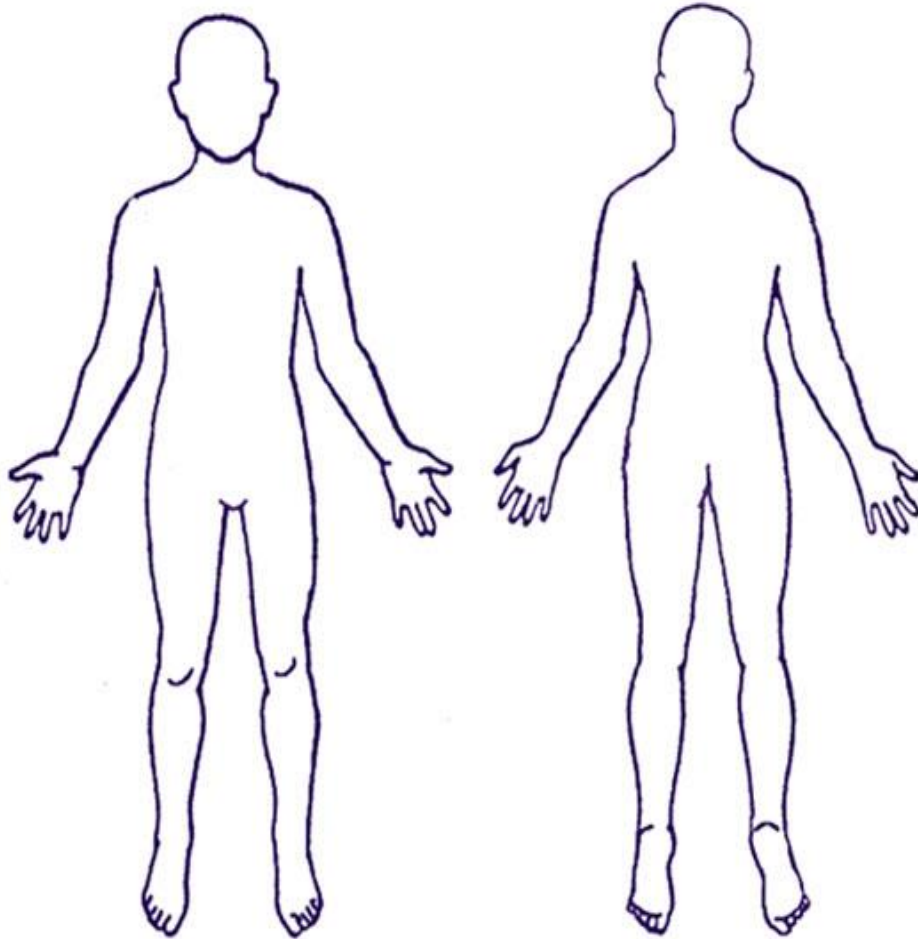
انگلیس/Persian	English
<p>پرسشنامه بیمار برای مهاجران تازه وارد به انگلستان: کودکان و نوجوانان</p>	<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>
<p>همه حق دارند نزد یک پزشک عمومی ثبت نام کنند. برای ثبت نام نزد پزشک عمومی نیازی به گواهی اثبات نشانی، وضعیت مهاجرتی، شناسه یا شماره NHS ندارید.</p> <p>این پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات در مورد سلامت فرزندان است تا کارکنان حرفه‌ای بهداشت حاضر در مطب پزشک عمومی بتوانند بدانند که او احتمالاً طبق خطمشی‌های رازداری و به اشتراک‌گذاری داده‌های خدمات سلامت ملی، به چه نوع پشتیبانی، درمان و خدمات تخصصی نیاز دارد.</p> <p><b>نوجوانان صلاحیت‌دار زیر 18 سال می‌توانند نسخه بزرگسالان را برای خود تکمیل کنند.</b></p> <p>پزشک عمومی هیچ اطلاعاتی را که ارائه می‌دهید جز برای مقاصد مراقبت مستقیم شما فاش نمی‌کند مگر اینکه: رضایت داده باشید (مثلاً برای حمایت از تحقیقات پزشکی)؛ یا طبق قانون موظف به انجام این کار باشد (مثلاً برای محافظت از افراد دیگر در برابر آسیب جدی)؛ یا به این دلیل که منافع عمومی مهمی برتری پیدا کند (مثلاً شما مبتلا به یک بیماری مسری باشید). اطلاعات بیشتر در مورد نحوه استفاده پزشک عمومی از اطلاعات شما نزد کارکنان مطب پزشک عمومی موجود است.</p> <p>پاسخ‌های خود را به کارکنان مطب پزشک عمومی برگردانید.</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>

فرد تکمیل کننده	Person completing
چه کسی این فرم را تکمیل می کند:	Who is completing this form:
<input type="checkbox"/> پدر و مادر کودک <input type="checkbox"/> مراقب/قیم قانونی کودک	<input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer
بخش اول: مشخصات فردی	Section one: Personal details
نام کامل فرزند:	Child's full name:
تاریخ تولد فرزند: روز _____ ماه _____ سال _____	Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____
نشانی فرزند:	Child's address:
نام مادر:	Mother's name:
نام پدر:	Father's name:
شماره تلفن (های) تماس:	Contact telephone number(s):
نشانی ایمیل:	Email address:
لطفاً تمام کادرهای پاسخی را علامت بزنید که به فرزندتان مربوط می شود.	<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>

<p>1.1 کدام یک از موارد زیر فرزندتان را بهتر توصیف می‌کند:</p> <p>مرد <input type="checkbox"/></p> <p>زن <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></p> <p>ترجیح می‌دهم نگویم <input type="checkbox"/></p>	<p>1.1 Which of the following best describes your child:</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>
<p>1.2 دین:</p> <p>بودایی <input type="checkbox"/></p> <p>مسیحی <input type="checkbox"/></p> <p>هندو <input type="checkbox"/></p> <p>یهودی <input type="checkbox"/></p> <p>مسلمان <input type="checkbox"/></p> <p>سیک <input type="checkbox"/></p> <p>دین دیگری <input type="checkbox"/></p> <p>بدون دین <input type="checkbox"/></p>	<p>1.2 Religion:</p> <p><input type="checkbox"/> Buddhist</p> <p><input type="checkbox"/> Christian</p> <p><input type="checkbox"/> Hindu</p> <p><input type="checkbox"/> Jewish</p> <p><input type="checkbox"/> Muslim</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Other religion</p> <p><input type="checkbox"/> No religion</p>
<p>1.3 زبان گفتاری اصلی:</p> <p>روسیه‌ای <input type="checkbox"/></p> <p>تیکرینایی <input type="checkbox"/></p> <p>اوکراینی <input type="checkbox"/></p> <p>اردو <input type="checkbox"/></p> <p>ویتنامی <input type="checkbox"/></p> <p>آلبانیایی <input type="checkbox"/></p> <p>عربی <input type="checkbox"/></p> <p>دری <input type="checkbox"/></p> <p>انگلیسی <input type="checkbox"/></p> <p>فارسی <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></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>1.4 زبان گفتاری دوم:</p> <p>روسیه‌ای <input type="checkbox"/></p> <p>تیکرینایی <input type="checkbox"/></p> <p>اوکراینی <input type="checkbox"/></p> <p>اردو <input type="checkbox"/></p> <p>ویتنامی <input type="checkbox"/></p> <p>(هیچ) <input type="checkbox"/></p> <p>آلبانیایی <input type="checkbox"/></p> <p>عربی <input type="checkbox"/></p> <p>دری <input type="checkbox"/></p> <p>انگلیسی <input type="checkbox"/></p> <p>فارسی <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></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>1.5 آیا فرزندتان به مترجم شفاهی نیاز دارد؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/></p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>1.6 آیا فرزندتان به پشتیبانی زبان اشاره نیاز دارد؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p>	<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>

<p>1.7 چه کسی اکنون در بریتانیا با فرزند شما در همان خانوار زندگی می‌کند؟</p> <p>مادر <input type="checkbox"/></p> <p>پدر <input type="checkbox"/></p> <p>برادر(ها) <input type="checkbox"/></p> <p>چندتا؟ <input type="checkbox"/></p> <p>چه سن (سنینی) هستند؟ <input type="checkbox"/></p> <p>خواهر(ها) <input type="checkbox"/></p> <p>چندتا؟ <input type="checkbox"/></p> <p>چه سن(سنینی) هستند؟ <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></p> <p>چندتا؟ <input type="checkbox"/></p>	<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <p><input type="checkbox"/> Mother</p> <p><input type="checkbox"/> Father</p> <p><input type="checkbox"/> Brother(s)</p> <p>How many? _____</p> <p>What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sister(s)</p> <p><input type="checkbox"/> How many? _____</p> <p><input type="checkbox"/> What age(s)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> How many? _____</p>
<p>1.8 آیا فرزندتان به مهد کودک یا مدرسه می‌رود؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>فرزند من زیر 2 سال سن دارد <input type="checkbox"/></p> <p>برای یک جا درخواست داده‌ایم اما هنوز مهد کودک/مدرسه به ما اختصاص داده نشده است <input type="checkbox"/></p> <p>می‌خواهم در مورد این موضوع اطلاع داشته باشم که از کجا می‌توانم برای درخواست جایی در مهد کودک یا مدرسه حمایت دریافت کنم <input type="checkbox"/></p> <p>بله - لطفاً نام مهد کودک یا مدرسه را ذکر کنید <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>-</p>	<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age</p> <p><input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school</p> <p><input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place</p> <p><input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school</p> <p>_____</p>
<p>بخش دوم: سوالات سلامت</p>	<p>Section two: Health questions</p>
<p>2.1 آیا در مورد فرزندتان هرگونه نگرانی دارید؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p>	<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.2 آیا حال فرزندتان در حال حاضر خوب نیست یا بیمار است؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p>	<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.3 آیا فرزندتان از بابت یک بیماری نیاز به کمک فوری دارد؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p>	<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>

<p>2.4 آیا فرزندتان در حال حاضر یکی از علائم زیر را دارد؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید</p> <p>کاهش وزن <input type="checkbox"/></p> <p>سرفه <input type="checkbox"/></p> <p>سرفه به همراه خون <input type="checkbox"/></p> <p>تعریق شبانه <input type="checkbox"/></p> <p>خستگی مفرط <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات تنفسی <input type="checkbox"/></p> <p>تب <input type="checkbox"/></p> <p>اسهال <input type="checkbox"/></p> <p>یبوست <input type="checkbox"/></p> <p>ناراحتی‌ها یا بثورات پوستی <input type="checkbox"/></p> <p>خون در ادرار <input type="checkbox"/></p> <p>خون در مدفوع <input type="checkbox"/></p> <p>سردرد <input type="checkbox"/></p> <p>درد <input type="checkbox"/></p> <p>خلق پایین <input type="checkbox"/></p> <p>اضطراب <input type="checkbox"/></p> <p>یادآوری‌ها یا کابوس‌های پریشان‌کننده <input type="checkbox"/></p> <p>مشکل در به خواب رفتن <input type="checkbox"/></p> <p>احساس کند که می‌خواهد به خود آسیب برساند <input type="checkbox"/></p> <p>یا از زندگی دست بکشد <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></p>	<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Weight loss</p> <p><input type="checkbox"/> Cough</p> <p><input type="checkbox"/> Coughing up blood</p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme tiredness</p> <p><input type="checkbox"/> Breathing problems</p> <p><input type="checkbox"/> Fevers</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhoea</p> <p><input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in their urine</p> <p><input type="checkbox"/> Blood in their stool</p> <p><input type="checkbox"/> Headache</p> <p><input type="checkbox"/> Pain</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulty sleeping</p> <p><input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>
<p>2.5 لطفاً روی تصویر بدن ناحیه(هایی) را علامت بزنید که فعلاً در آنها مشکل(های) سلامتی دارد.</p>	<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>



<p>2.6 آیا فرزندتان نارس به دنیا آمد (زود به دنیا آمد - قبل از هفته 37/8.5 ماه بارداری)؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.7 آیا فرزندتان بلافاصله پس از زایمان هرگونه مشکلی از بابت سلامتی داشته است مثلاً مشکلات تنفسی، عفونت، آسیب مغزی؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.8 فقط نوزادان تازه متولد شده (تا 3 ماهگی): آیا فرزندتان 6 تا 8 هفته پس از زایمان توسط پزشک عمومی (دکتر) بررسی سلامتی انجام داده است؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p>	<p>2.8 <b>New babies only (up to 3 months old):</b> Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>
<p>2.9 آیا فرزندتان هرگونه مشکلات سلامتی شناخته شده‌ای دارد؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

بله <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes
<p>2.10 آیا فرزندتان به یکی از موارد زیر مبتلا است؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید</p> <p>آسم <input type="checkbox"/></p> <p>اختلال خونی <input type="checkbox"/></p> <p>کمخونی داسی شکل <input type="checkbox"/></p> <p>تالاسمی <input type="checkbox"/></p> <p>سرطان <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات دندانی <input type="checkbox"/></p> <p>دیابت <input type="checkbox"/></p> <p>صرع <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات چشمی <input type="checkbox"/></p> <p>گوش، بینی یا گلو <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات قلبی <input type="checkbox"/></p> <p>هپاتیت ب <input type="checkbox"/></p> <p>هپاتیت سی <input type="checkbox"/></p> <p>اچ‌ای‌وی <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات کلیوی <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات کبدی <input type="checkbox"/></p> <p>مشکلات روحی و روانی <input type="checkbox"/></p> <p>خلق پایین/افسردگی <input type="checkbox"/></p> <p>اضطراب <input type="checkbox"/></p> <p>اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) <input type="checkbox"/></p> <p>خود آسیب‌دیدگی قبلی <input type="checkbox"/></p> <p>اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></p> <p>بیماری‌های پوستی <input type="checkbox"/></p> <p>بیماری تیروئید <input type="checkbox"/></p> <p>سل (TB) <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Thalassaemia</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Dental problems</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsy</p> <p><input type="checkbox"/> Eye problems</p> <p><input type="checkbox"/> Ears, nose or throat</p> <p><input type="checkbox"/> Heart problems</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C</p> <p><input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Kidney problems</p> <p><input type="checkbox"/> Liver problems</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health problems</p> <p><input type="checkbox"/> Low mood/depression</p> <p><input type="checkbox"/> Anxiety</p> <p><input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD)</p> <p><input type="checkbox"/> Previously self-harmed</p> <p><input type="checkbox"/> Attempted suicide</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Skin disease</p> <p><input type="checkbox"/> Thyroid disease</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>
<p>2.11 آیا فرزندتان تا به حال عمل/جراحی شده است؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></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>2.12 آیا فرزندتان در اثر جنگ، درگیری یا شکنجه آسیب دیدگی جسمی دارد؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></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>2.13 آیا فرزندتان هرگونه مشکلات سلامت روان دارد؟ این مشکلات می‌تواند ناشی از جنگ، درگیری، شکنجه یا مجبور شدن به فرار از کشور باشد؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></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>

	<input type="checkbox"/> Yes
2.14 آیا فرزندتان هرگونه ناتوانی جسمی یا مشکلات حرکتی دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
2.15 آیا فرزندتان هرگونه اختلالات حسی دارد؟ لطفاً همه موارد مربوطه را علامت بزنید خیر <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/> کمبینایی جزئی <input type="checkbox"/> ناشنوایی <input type="checkbox"/> کمشنوایی جزئی <input type="checkbox"/> مشکلات بویایی و/یا چشایی <input type="checkbox"/>	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
2.16 آیا فکر می‌کنید فرزندتان هرگونه مشکلات یادگیری یا مشکلات رفتاری داشته باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
2.17 آیا هرگونه نگرانی در مورد رشد فرزندتان دارید، مثلاً وزن/قد او؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	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
2.18 فقط برای نوزادان: آیا کودکتان هرگونه مشکلی در تغذیه دارد، مثلاً استفراغ، رفلکس، امتناع از شیر؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	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
2.19 آیا یکی از اعضای خانواده درجه یک فرزندتان (پدر، مادر، خواهر و برادر و پدربزرگ و مادربزرگ) یکی از موارد زیر را داشته یا به آنها مبتلا بوده است؟ آسم <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> افسردگی/بیماری سلامت روان <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> حمله قلبی <input type="checkbox"/> هیپاتیت ب <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> اچ‌ای‌وی <input type="checkbox"/> مشکلات یادگیری <input type="checkbox"/> سکته <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other



<p>سل (TB) <input type="checkbox"/></p> <p>سایر <input type="checkbox"/></p>									
<p>2.20 آیا فرزندتان در حال حاضر هرگونه داروی تجویزی مصرف می‌کند؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله - لطفاً داروها و دوزهای تجویز شده برای فرزندتان را در کادر زیر فهرست کنید</p> <p><b>لطفاً هرگونه نسخه یا دارو را در قرار ملاقات فرزندتان همراه داشته باشید</b></p> <table border="1" data-bbox="145 674 767 1115"> <thead> <tr> <th>نام</th> <th>دوز</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	نام	دوز			<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes –please list your child's prescribed medicines and doses in the box below</p> <p><b>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="799 745 1422 1187"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose		
نام	دوز								
Name	Dose								
<p>2.21 آیا نگران تمام شدن هریک از این داروها در چند هفته آینده هستید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله</p>	<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>								
<p>2.22 آیا فرزندتان هرگونه دارویی را مصرف می‌کند که توسط متخصص بهداشت تجویز نشده باشد، مانند داروهایی که از داروخانه/فروشگاه/اینترنت خریده باشید یا از خارج از کشور تحویل گرفته باشید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p><input type="checkbox"/> بله - لطفاً داروها و دوزها را در کادر زیر فهرست کنید</p> <p><b>لطفاً هر دارویی را در قرار ملاقات فرزندتان همراه داشته باشید</b></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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes –please list medicines and doses in the box below</p> <p><b>Please bring any medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="799 2002 1422 2036"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose						
Name	Dose								

<p>نام</p> <p>دوز</p>			
<p>2.23 آیا فرزندتان به هرگونه دارویی حساسیت دارد؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p>	<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		
<p>2.24 آیا فرزندتان به هرچیز دیگری حساسیت دارد؟ (مثلاً غذا، نیش حشرات، دستکش لاتکس)؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></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</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>		
<p>بخش سوم: واکسیناسیون</p>	<p>Section three: Vaccinations</p>		
<p>3.1 آیا فرزندتان تمام واکسن‌های دوران کودکی را دریافت کرده است که در کشور مبدأ برای سنش ارائه شده است؟ اگر سابقه واکسیناسیون خود را دارید، لطفاً آن را در قرار ملاقات خود همراه داشته باشید.</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/></p>	<p>3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age?</p> <p><b>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</b></p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>		
<p>3.2 آیا فرزندتان در برابر سل (TB) واکسینه شده است؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/></p>	<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>3.3 آیا فرزندتان در برابر COVID-19 واکسینه شده است؟</p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/></p> <p>1 دوز <input type="checkbox"/></p> <p>2 دوز <input type="checkbox"/></p> <p>3 دوز <input type="checkbox"/></p> <p>بیش از 3 دوز <input type="checkbox"/></p> <p>نمی‌دانم <input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> More than 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> I don't know</p>
<p>اگر موضوعی در رابطه با سلامت فرزندتان وجود دارد که راحت نیستید آن را در این فرم به اشتراک بگذارید و می‌خواهید آن را با یک پزشک در میان بگذارید، لطفاً با پزشک عمومیتان تماس بگیرید و قرار ملاقاتی رزرو کنید.</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>