

دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس



پرسشنامه برنامه سلامت سالمندی بوشهر

Bushehr Elderly Health Program

»					کد شرکت کننده
---	--	--	--	--	---------------

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

رضایت نامه‌ی شرکت در مطالعه‌ی «برنامه‌ی سلامت سالمندان بوشهر»

من می‌دانم که افزایش سن با مسائل و مشکلات سلامت همراه است که در صورت توجه نکردن می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار دهد. بسیاری از این مشکلات قابل پیشگیری و درمان بوده و در صورت شناسایی به موقع و درمان صحیح به افزایش طول عمر و کیفیت زندگی فرد می‌انجامد. بیماری‌های قلبی و عروقی، مشکلات ذهنی و مغزی، بیماری‌های اسکلتی و عضلانی و سرطان‌ها از مهم‌ترین تهدیدهای سلامت در سالمندی به شمار می‌روند.

من می‌دانم در این پروژه، پژوهشگران دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به سرپرستی دکتر ایرج نبی پور، استاد دانشگاه، در جستجوی آن هستند که بدانند چه عواملی سلامت افراد ۶۰ سال و بیشتر ساکن شهر بوشهر را تهدید می‌کند و شیوع هر کدام از این عوامل چقدر است. همچنین می‌دانم که برای شناسایی این عوامل خطر نیاز به انجام معاینات و آزمایش‌های متعدد می‌باشد.

این معاینات و آزمایش‌ها شامل نمونه خون و سایر مایعات بدن، نمونه دی ان آ، معاینات فیزیکی، اندازه‌گیری قد، وزن و سایر اندازه‌های بدن، فشارخون، نوار قلب، اکوکاردیوگرافی و سایر معاینات و آزمایش‌ها به تشخیص پژوهشگران می‌باشد. همه این معاینات و آزمایش‌ها با استفاده از بهترین روش‌های موجود و توسط افراد متخصص و دوره دیده انجام می‌گردد. انجام هر نوع معاینه یا آزمایش برای شرکت کنندگان در مطالعه با رضایت آنها بوده و شرکت کنندگان می‌توانند هر زمان که مایل باشند از انجام معاینه یا آزمایش خودداری نمایند. اندازه‌گیری به صورت رایگان در مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام می‌شود و می‌دانم که نتایج آن بلافاصله در اختیار من قرار داده می‌شود و جهت درمان‌های احتمالی مربوطه مورد راهنمایی قرار می‌گیرم.

من می‌دانم که نتایج آزمایش‌ها به شکل محرمانه نگهداری شده ولی مجموعه‌ی اطلاعات من با دیگر شرکت کنندگان به صورت جمعی مورد مطالعه و تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. از این رو، اطلاعات شخصی ام در اطلاعات منتشره شده قابل یافت نمی‌باشد.

شرکت من در این پروژه داوطلبانه بوده و به پرسش‌های پرسشنامه‌ی پروژه نیز داوطلبانه پاسخ می‌دهم. من می‌دانم که می‌توانم هر زمان که مایل باشم از مطالعه خارج شوم.

برای هر گونه پرسش در مورد پروژه و نتایج آزمایشگاهی نیز می‌بایست با آقای دکتر حائری که در مرکز تحقیقات طب عفونی و گرمسیری خلیج فارس مشغول به کار هستند تماس بگیرم.

با آگاهی از موارد فوق برای شرکت در این پروژه رضایت کتبی خود را اعلام می‌دارم.

تاریخ و امضاء:

نام و نام خانوادگی:

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

فرم ثبت نام

نام		نام خانوادگی				نام پدر				
»									کد ملی	
»									شماره شناسنامه	
تاریخ تولد		روز	ماه	سال	جنس		مرد	زن		
»										
»										
	وضعیت تأهل	متاهل	سوا شده	بیوه	سایر					
آدرس منزل:										
.....										
.....										
»									شماره تلفن ثابت	
»									شماره تلفن همراه	
آدرس محل کار:										
.....										
.....										
»									شماره تلفن محل کار	
شخصی که بتوان در مواقع لزوم با وی تماس گرفت:										
نام و نام خانوادگی:					نسبت با شرکت کننده:					
آدرس منزل:										
.....										
»									شماره تلفن ثابت	
»									شماره تلفن همراه	
تکمیل کننده					تاریخ تکمیل					
نام خانوادگی		نام			سال	ماه	روز			

حوزه	خوشه
------	------

»					کد شرکت کننده
---	--	--	--	--	---------------

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

وضعیت اجتماعی-اقتصادی

		شغل و بیمه	
JCURR	وضعیت فعلی اشتغال شما چگونه است؟ ۱= شاغل ۲= بازنشسته ۳= بیکار	<input type="checkbox"/>	۱
JEVER	آیا هرگز شاغل بوده اید؟ ۱= بله ۲= خیر	<input type="checkbox"/>	۲
JTYPE	در میان همه شغل هایی که داشته اید، کدامیک از همه طولانی تر بوده است؟ نام کامل شغل را در کادر بنویسید.	<input type="text"/>	۳
JDURT	طولانی ترین شغل شما چند سال ادامه داشته است؟	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	۴
INSUR	آیا شما تحت پوشش بیمه پایه (دفترچه یا کارت) هستید؟ ۱= بله ۲= خیر	<input type="checkbox"/>	۵
INSTP	اگر بله، نوع بیمه پایه شما چیست؟ ۱= خدمات درمانی ۲= تامین اجتماعی ۳= بیمه روستایی ۴= نیروهای مسلح ۵= کمیته امداد ۶= سایر بیمه ها (صدا و سیما، نفت، روحانیت، شهرداری و ...) ۷= بیمه ندارد ۸= نمی داند	<input type="checkbox"/>	۶
CPINS	آیا شما تحت پوشش بیمه تکمیلی هستید؟ ۱= بله ۲= خیر	<input type="checkbox"/>	۷
تحصیلات			
EDUYR	به طور کلی شما چند سال درس خوانده اید؟	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	۸
EDULV	بالاترین سطح تحصیلی که شما تکمیل نموده اید، چیست؟ ۱= لیسانس یا بالاتر ۲= فوق دیپلم ۳= علوم حوزوی ۴= دبیرستان و یا فنی حرفه ای ۵= راهنمایی ۶= دبستان و یا کمتر ۷= نهضت سواد آموزی یا اکابر ۸= نظام آموزشی سنتی (مکتب خانه) ۹= بی سواد	<input type="checkbox"/>	۹

کد شرکت کننده

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

EDUSL

بالاترین سطح تحصیلی که همسر شما تکمیل نموده است، چیست؟

پرسش مخصوص بانوان:

۹-۱

۱= لیسانس یا بالاتر

۲= فوق دیپلم

۳= علوم حوزوی

۴= دبیرستان و یا فنی حرفه‌ای

۵= راهنمایی

۶= دبستان و یا کمتر

۷= نهضت سواد آموزی یا اکابر

۸= نظام آموزشی سنتی (مکتب خانه)

۹= بی‌سواد

درآمد و هزینه

INCLV

به طور کلی سطح درآمد خانوار چقدر است؟

۱۰

۱= کمتر از ۲۵۰ هزار تومان

۲= ۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار تومان

۳= ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان

۴= یک تا ۲ میلیون تومان

۵= بیش از ۲ میلیون تومان

۶= نمی‌داند / تمایل به پاسخگویی ندارد.

EXPEN

در مجموع طی ۱ ماه گذشته هزینه خانوار شما چقدر بوده است؟

۱۱

مجموع هزینه‌ها به تومان

۸۸۸۸= نمی‌داند / تمایل به پاسخگویی ندارد

دارایی

ASET1

در خانه‌ای که شما زندگی می‌کنید، کدام یک از وسایل زیر وجود

۱۲

دارد؟

الف) یخچال

الف

ب) فریزر

ب

پ) تلویزیون سیاه و سفید

پ

ت) تلویزیون رنگی معمولی (غیر ال‌سی‌دی / پلاسما / ال‌ای‌دی)

ت

ث) تلفن ثابت

ث

ج) ماشین لباسشویی

ج

چ) ماشین ظرفشویی

چ

ح) مبل

ح

خ) مایکروویو (مایکروفر)

خ

د) جاروبرقی

د

ذ) کامپیوتر / لپ‌تاپ

ذ

ر) دسترسی به شبکه اینترنت در منزل

ر

ز) رادیو

ز

ژ) LCD، پلاسما، LED

ژ

۱= بله

۲= خیر

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

ASET2

آیا هیچ یک از اعضای خانوار مالک وسایلی که نام برده می شوند هست؟

الف) تلفن همراه

ب) دوچرخه

پ) موتورسیکلت

ت) اتوموبیل

ث) قایق موتوری

ج) ساعت مچی

	الف
	ب
	پ
	ت
	ث
	ج

۱۳

۱=بله

۲=خیر

وضعیت سکونت

HOMEP

در حال حاضر در خانه چگونه زندگی می کنید؟

۱= به طور مستقل در منزل خود با همسر و/یا فرزندان

۲= در منزل یکی از فرزندان به همراه خانواده آنها

۳= در منزل خواهر، برادر یا یکی دیگر از بستگان به همراه خانواده آنها

۴= آسایشگاه یا خانه سالمندان

۱۴

HOUSE

وضعیت مسکنی که شما در آن زندگی می کنید، از نظر مالکیت چگونه است؟

۱= مالک خانه

۲= اجاره

۳= منزل سازمانی

۴= موارد دیگر

۱۵

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

پرسشنامه قلب و عروق

عوامل خطر

CIGS	آیا شما هم اکنون سیگار یا قلیان می کشید؟ ۱- بله بطور منظم ۲- خیر ۳- گهگاه	۱۶	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>س</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ق</td> </tr> </table>		س		ق								
	س														
	ق														
NUMCIGS	شما روزانه بطور متوسط چند نخ سیگار و یا چند سر قلیان می کشید؟ ۸۸ در صورتی که CIGS = ۲ یا ۳ باشد.	۱۷	<table border="1"> <tr> <td>»</td> <td></td> <td></td> <td>س</td> </tr> <tr> <td>»</td> <td></td> <td></td> <td>ق</td> </tr> </table>	»			س	»			ق				
»			س												
»			ق												
DAYCIGS	شما در هفته چند روز سیگار و یا قلیان می کشید؟ ۱= غالباً یک روز در هفته یا کمتر ۲= غالباً ۲ الی ۴ روز در هفته ۳= تقریباً هر روز ۸= اگر CIGS = ۲ یا ۳ باشد.	۱۸	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>س</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ق</td> </tr> </table>		س		ق								
	س														
	ق														
EVERCIGS	آیا شما سابقاً بطور منظم سیگار و یا قلیان می کشیده اید؟ ۱= بله بصورت منظم در گذشته ولی هم اکنون خیر ۲= خیر ۸ اگر SIGS = ۱ باشد	۱۹	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>س</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ق</td> </tr> </table>		س		ق								
	س														
	ق														
STOP	شما بطور منظم چه موقع کشیدن سیگار و قلیان را متوقف کرده اید؟ (ثبت سال بصورت ۴ رقمی) ۸۸۸۸ اگر EVERSIGS = ۲ باشد.	۲۰	<table border="1"> <tr> <td>»</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>س</td> </tr> <tr> <td>»</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ق</td> </tr> </table>	»					س	»					ق
»					س										
»					ق										
IFLYEAR	اگر در ۱۲ ماه گذشته متوقف کرده اید؟ ۱= کمتر از یک ماه قبل ۲= بین ۱ الی ۱۲ ماه گذشته ۳= بین ۶ الی ۱۲ ماه گذشته	۲۱	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>س</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ق</td> </tr> </table>		س		ق								
	س														
	ق														
MAYCIGS	شما بیشترین تعداد سیگار و یا سر قلیانی را که بطور میانگین روزانه و در طول یک سال کشیده اید چقدر است؟ (ثبت تعداد سیگار و یا تعداد سر قلیان در یک روز) ۸۸۸ اگر EVERSIGS = ۲ باشد.	۲۲	<table border="1"> <tr> <td>»</td> <td></td> <td></td> <td>س</td> </tr> <tr> <td>»</td> <td></td> <td></td> <td>ق</td> </tr> </table>	»			س	»			ق				
»			س												
»			ق												
SIGAGE	شما چند ساله بودید که به طور منظم شروع به کشیدن سیگار و یا قلیان نموده اید؟ ۸۸ اگر EVERSIGS = ۲ باشد	۲۳	<table border="1"> <tr> <td>»</td> <td></td> <td></td> <td>س</td> </tr> <tr> <td>»</td> <td></td> <td></td> <td>ق</td> </tr> </table>	»			س	»			ق				
»			س												
»			ق												
AGEM	شما در چه سنی بودید که عادت ماهیانه شما بطور کامل قطع شد؟	۲۴	<table border="1"> <tr> <td>»</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	»											
»															
HORM	آیا طی ماه گذشته هورمون های جنسی برای سندرم های یائسگی استفاده کرده اید؟ ۱= بله ۲= خیر	۲۵	<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>												

» کد شرکت کننده

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

		۳۵
	اگر جواب شما خیر می باشد، علت را توضیح دهید:	
	
	
	
	
۳۶	فعالیت هایی را که نمی دانستید چگونه باید طبقه بندی شود لیست نمایید:	
	
	
۳۷	آیا پیشامد خاصی در ارتباط با فعالیت بدنی وجود داشته است؟ ۱= بله ۲= خیر	<input type="checkbox"/>
۳۸	این پیشامد چه بوده است؟ ۱= آسیب دیدگی در کل هفته گذشته ۲= آسیب دیدگی در چند روز از هفته گذشته ۳= بیماری در کل هفته گذشته ۴= بیماری طی چند روز از هفته گذشته ۵= موارد دیگر	<input type="checkbox"/>
۳۹	اگر توصیه ای دارید ذکر نمایید:	
	
	
	
تاریخچه پزشکی		
۴۰	آیا تا به حال توسط پزشک و یا سایر کارکنان بهداشت به شما گفته شده است که فشار خون بالا دارید؟ ۱= بله ۲= خیر	<input type="checkbox"/>
۴۱	آیا شما طی دو هفته اخیر داروهای ضد فشار خون دریافت داشته اید؟ ۱= بله ۲= خیر ۳= نامطمئن ۸= اگر HIBP = ۲ باشد.	<input type="checkbox"/>
۴۲	آیا در سال گذشته فشار خون را اندازه گرفته اید؟ ۱= بله ۲= خیر	<input type="checkbox"/>
۴۳	آیا تا بحال توسط پزشک و یا سایر کارکنان بهداشت به شما گفته شده است که کلسترول خون بالا دارید؟ ۱= بله ۲= خیر (اگر خیر پاسخ است، ۸ را در گزینه های CHDT و CHRY ثبت نمایید)	<input type="checkbox"/>
۴۴	آیا شما تحت رژیم درمانی خاصی به توصیه پزشک و یا سایر کارکنان بهداشت جهت کم کردن سطح چربی خون خود می باشید؟ ۱= بله ۲= خیر ۳= غیر مطمئن ۸= اگر HICH = ۲ باشد	<input type="checkbox"/>

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

CHRX	<p>آیا دو هفته گذشته قرص و یا داروهایی جهت کاهش سطح کلسترول خون به توصیه پزشک مصرف کرده اید؟</p> <p>۱=بله ۲=خیر ۳=غیر مطمئن ۸=اگر HICH=۲ باشد</p>	۴۵	<input type="checkbox"/>										
CHRECD	<p>آیا طی سال گذشته کلسترول خون خود را اندازه گرفته اید؟</p> <p>۱=بله ۲=خیر</p>	۴۶	<input type="checkbox"/>										
DIABET	<p>آیا تاکنون پزشک به شما گفته است که دچار دیابت (مرض قند) هستید؟</p> <p>۱=بله ۲=خیر</p>	۴۷	<input type="checkbox"/>										
TDIABET	<p>اگر پاسخ مثبت است، چند سال قبل این موضوع اظهار شده است؟ ۸۸=اگر DIABET=۲ است.</p>	۴۸	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
THERAP	<p>درمان های مستمري که از آن استفاده مي کنيد، چيست؟</p> <p>الف=هیچ ب= رژیم غذایی پ= ترکیبات گیاهی ت= قرص های ضد دیابت ث= انسولین</p> <p>۱=بله ۲=خیر ۸=اگر DIABET=۲ است.</p>	۴۹	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td>الف</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ب</td> </tr> <tr> <td></td> <td>پ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ت</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ث</td> </tr> </tbody> </table>		الف		ب		پ		ت		ث
	الف												
	ب												
	پ												
	ت												
	ث												
FAHX	<p>آیا تاکنون کسی از افراد خانواده شما دچار دیابت شده است؟</p> <p>۱=بله ۲=خیر</p>	۵۰	<input type="checkbox"/>										
FAME	<p>اگر سؤال قبلی بلی است، نسبت خود را مشخص کنید؟</p> <p>الف= پدر ب= مادر پ= خواهر/برادر ت= فرزندان ث= پدربزرگ / مادر بزرگ</p>	۵۱	<table border="1"> <tbody> <tr> <td></td> <td>الف</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ب</td> </tr> <tr> <td></td> <td>پ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ت</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ث</td> </tr> </tbody> </table>		الف		ب		پ		ت		ث
	الف												
	ب												
	پ												
	ت												
	ث												
<p>۱= جهت هر کدام از افراد خانواده که بیمار است. ۲= جهت هر کدام از افراد خانواده که بیمار نیست. ۸= جهت هر کدام از افراد خانواده که نمی داند بیمار است یا خیر</p>													
MAMI	<p>آیا مادر، خواهر یا دختر شما زیر سن ۶۵ سالگی مبتلا به سکنه قلبی، مغزی یا مرگ ناگهانی شده است؟</p> <p>۱=بله ۲=خیر ۳=نمی دانم</p>	۵۲	<input type="checkbox"/>										
<p style="text-align: right;">کد شرکت کننده</p>													

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

FAMI	<p>آیا پدر، برادر یا پسر شما زیر سن ۵۵ سالگی مبتلا به سکت قلبی، مغزی یا مرگ ناگهانی شده است؟</p> <p style="text-align: right;">بله = ۱ خیر = ۲ نمی دانم = ۳</p>	۵۳	<input type="checkbox"/>
STKHX	<p>آیا تاکنون شده است که پزشک شما بگوید که دچار سکتی مغزی شده اید؟</p> <p style="text-align: right;">بله = ۱ خیر = ۲ نمی دانم = ۳</p>	۵۴	<input type="checkbox"/>
TIAHX	<p>آیا تاکنون شده است که پزشک شما بگوید که دچار سکتی مغزی گذرا یا سکتی مغزی خفیف شده اید؟</p> <p style="text-align: right;">بله = ۱ خیر = ۲ نمی دانم = ۳</p>	۵۵	<input type="checkbox"/>
WEAKN	<p>آیا تاکنون شده است که دچار ضعف ناگهان بدون درد در یک قسمت از بدن خود شوید؟</p> <p style="text-align: right;">بله = ۱ خیر = ۲ نمی دانم = ۳</p>	۵۶	<input type="checkbox"/>
PARLY	<p>آیا تاکنون دچار کرختی یا بی حسی در یک طرف بدن خود شده اید؟</p> <p style="text-align: right;">بله = ۱ خیر = ۲ نمی دانم = ۳</p>	۵۷	<input type="checkbox"/>
SIGHT	<p>آیا تاکنون دچار از دست دادن ناگهانی دید بدون ایجاد درد در یک یا هر دو چشم خود شده اید؟</p> <p style="text-align: right;">بله = ۱ خیر = ۲ نمی دانم = ۳</p>	۵۸	<input type="checkbox"/>
SEMST	<p>آیا تاکنون نیمی از بینایی خود را به صورت ناگهانی از دست داده اید؟</p> <p style="text-align: right;">بله = ۱ خیر = ۲ نمی دانم = ۳</p>	۵۹	<input type="checkbox"/>
APHAS	<p>آیا تاکنون به صورت ناگهانی شده است که قادر به درک صحبت دیگران نباشید؟</p> <p style="text-align: right;">بله = ۱ خیر = ۲ نمی دانم = ۳</p>	۶۰	<input type="checkbox"/>
TLKWR	<p>آیا تاکنون شده است که به صورت ناگهانی توانایی صحبت کردن یا نوشتن را از دست بدهید؟</p> <p style="text-align: right;">بله = ۱ خیر = ۲ نمی دانم = ۳</p>	۶۱	<input type="checkbox"/>

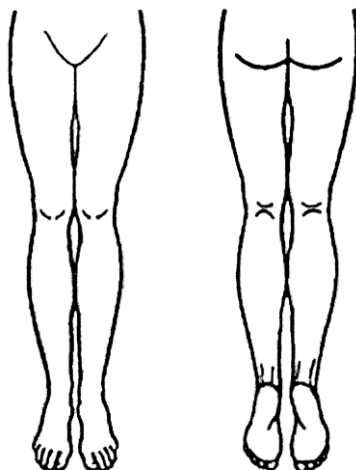
برنامه سلامت سالمندی بوشهر

پرسشنامه رز و ننگش

CPAIN	<p>آیا تاکنون هیچگاه در سینه خود احساس درد یا ناراحتی کرده اید؟ (شامل درد به دنبال ضربه - تصادف - ترکش - جسم برنده و یا شکستگی نمی شود)</p> <p>۱ = بله ۲ = خیر</p>	۶۲	<input type="checkbox"/>										
UPCPAIN	<p>آیا هنگامی که سربالایی و یا با عجله راه می روید، دچار آن می شوید؟</p> <p>۱ = بله ۲ = خیر ۳ = هرگز با عجله یا سربالایی راه نمی رود. ۷ = معلولیت عضوی دارد. ۸ = اگر CPAIN = ۲ باشد.</p>	۶۳	<input type="checkbox"/>										
TCPIAIN	<p>آیا هنگامی که با سرعت معمولی در سطح صاف راه می روید دچار آن می شوید؟</p> <p>۱ = بله ۲ = خیر ۷ = معلولیت عضوی دارد. ۸ = اگر CPIAIN = ۲ باشد.</p>	۶۴	<input type="checkbox"/>										
WATUDO	<p>اگر در حال راه رفتن دچار آن شوید چه می کنید؟</p> <p>۱ = می ایستم یا سرعتم را کم می کنم. ۲ = ادامه می دهم. ۳ = اگر پس از مصرف نیتروگلیسرین به راه خود ادامه می دهد. ۸ = اگر CPAIN و یا UPCPAIN یا TCPAIN = ۲ باشد.</p>	۶۵	<input type="checkbox"/>										
STWALK	<p>اگر بی حرکت بایستید چه تغییری می کند؟</p> <p>۱ = برطرف می شود. ۲ = برطرف نمی شود. ۸ = اگر CPAIN و یا UPCPAIN یا TCPAIN = ۲ باشد.</p>	۶۶	<input type="checkbox"/>										
TIM	<p>در عرض چند دقیقه؟</p> <p>۱ = ۱۰ دقیقه یا کمتر ۲ = بیشتر از ده دقیقه ۸ = اگر CPAIN و یا UPCPAIN یا TCPAIN = ۲ باشد.</p>	۶۷	<input type="checkbox"/>										
WHER	<p>ممکن است محل آن را نشان دهید؟</p> <p>الف = جناغ (بالا یا وسط آن) ب = جناغ (پایین آن) پ = قسمت جلویی - چپ سینه ت = بازوی چپ ث = سایر محل ها</p> <p>۱ = بله ۲ = خیر ۸ = اگر CPAIN و یا UPCPAIN یا TCPAIN = ۲ باشد.</p>	۶۸	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">الف</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">ب</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">پ</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">ت</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">ث</td></tr> </tbody> </table>		الف		ب		پ		ت		ث
	الف												
	ب												
	پ												
	ت												
	ث												

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

OTHERSTT	<p>آیا در جای دیگری نیز آن را حس می کنید؟</p> <p>۱=بله (در این صورت در سؤال قبلی اطلاعات را ثبت نمایید).</p> <p>۲=خیر</p> <p>۸= اگر CPAIN و یا UPCPAIN یا TCPAIN = ۲ باشد.</p>	<input type="checkbox"/>	۶۹
SEVCHPEP	<p>آیا تاکنون هیچگاه دچار درد شدیدی در جلوی سینه خود شده اید که برای مدت نیم ساعت یا بیشتر طول بکشد؟</p> <p>۱=بله</p> <p>۲=خیر</p> <p>۸= اگر CPAIN و یا UPCPAIN یا TCPAIN = ۲ باشد.</p>	<input type="checkbox"/>	۷۰
LEGPN	<p>آیا هنگام راه رفتن در ساق پای (یا ساق‌های پا) خود احساس درد یا ناراحتی می کنید؟</p> <p>۱=بله</p> <p>۲=خیر</p> <p>۳=نمی توانم راه بروم.</p>	<input type="checkbox"/>	۷۱
چنانچه پاسخ به پرسش فوق بله است، سؤالات زیر را ادامه دهید، در غیر این صورت با ادامه‌ی پرسش‌های شماره‌ی نیازی نیست.			
STSPN	<p>آیا تاکنون این درد یا ناراحتی در هنگام ایستادن یا نشستن نیز شروع شده است؟</p> <p>۱=بله</p> <p>۲=خیر</p>	<input type="checkbox"/>	۷۲
STPPN	<p>آیا هنگامی که سربالایی و یا با عجله راه می‌روید دچار درد یا ناراحتی می‌شوید؟</p> <p>۱=بله</p> <p>۲=خیر</p>	<input type="checkbox"/>	۷۳
FLTPN	<p>آیا هنگامی که با سرعت معمولی روی سطح صاف راه می‌روید دچار درد یا ناراحتی می‌شوید؟</p> <p>۱=بله</p> <p>۲=خیر</p>	<input type="checkbox"/>	۷۴
STNPN	<p>اگر درد یا ناراحتی رخ دهد و شما متوقف شوید، درد یا ناراحتی چگونه می‌شود؟</p> <p>۱=معمولاً بیش از ده دقیقه ادامه می‌یابد.</p> <p>۲=معمولاً ظرف ده دقیقه یا کمتر یا ناپدید می‌شود.</p>	<input type="checkbox"/>	۷۵
LOCPN	<p>ر کدام قسمت ساق پایتان درد را احساس می‌کنید؟</p> <p>در تصویر زیر علامت × بزنید.</p>		۷۶



برنامه سلامت سالمندی بوشهر

نارسایی قلبی

PILOW	آیا برای اینکه نفس شما در هنگام خوابیدن راحت باشد، شده است که دو بالش یا بیشتر زیر سرتان بگذارید؟	<input type="checkbox"/>	۷۷
	۱=بله ۲=خیر ۳=نمی دانم		
DYSPNA	آیا شده است که در موقع شب با تنگی نفس و خفگی از خواب بیدار شوید؟	<input type="checkbox"/>	۷۸
	۱=بله ۲=خیر ۳=نمی دانم		
ANEDM	آیا تاکنون شده است که در پاها یا قوزک پاهایتان دچار ورم شوید (به جز حمامگی)؟	<input type="checkbox"/>	۷۹
	۱=بله ۲=خیر ۳=نمی دانم		
TMEDM	آیا این تورم در هنگام روز می آید و در هنگام شب از بین می رود؟	<input type="checkbox"/>	۸۰
	۱=بله ۲=خیر ۳=نمی دانم		

معاینات بالینی

SYST1	»	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	اولین اندازه گیری فشارخون سیستولیک (mmHg)	۸۱
DIAS1	»	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	اولین اندازه گیری فشارخون دیاستولیک (mmHg)	۸۲
SYST1	»	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	دومین اندازه گیری فشارخون سیستولیک (mmHg)	۸۳
DIAS2	»	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	دومین اندازه گیری فشارخون دیاستولیک (mmHg)	۸۴
HEIGT	»	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	اندازه قد (سانتیمتر)	۸۵
WEIGT	»	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	وزن بدن (کیلوگرم تا تقریب ۰/۵ کیلوگرم)	۸۶
WAIST	»	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	دور کمر (سانتیمتر و یا دهگانه گرد شده تا تقریب ۰ یا ۵)	۸۷
HIPCR	»	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	دور باسن (سانتیمتر و یا دهگانه گرد شده تا تقریب ۰ یا ۵)	۸۸

برنامه سلامت سالمندی بوشهر

فرم ثبت داروهای مصرفی

DRUGS

آیا در حال حاضر به هر دلیل داروی خاصی مصرف می کنید؟

۸۹

۱=بله

۲=خیر

لطفا نام و مشخصات داروهای مصرفی شرکت کننده را در جدول زیر وارد نمایید.

داروهای تجویز شده توسط پزشک

ردیف	نام دارو	نوع ترکیب (قرص، کپسول، ...)	قدرت دارو (میلی گرم)	تعداد یا مقدار (در روز)	طول مدت مصرف (سال و ماه)
۱					..... سال و ماه
۲					..... سال و ماه
۳					..... سال و ماه
۴					..... سال و ماه
۵					..... سال و ماه
۶					..... سال و ماه
۷					..... سال و ماه
۸					..... سال و ماه
۹					..... سال و ماه
۱۰					..... سال و ماه

داروهای تجویز نشده

۱					..... سال و ماه
۲					..... سال و ماه
۳					..... سال و ماه
۴					..... سال و ماه
۵					..... سال و ماه
۶					..... سال و ماه
۷					..... سال و ماه
۸					..... سال و ماه
۹					..... سال و ماه
۱۰					..... سال و ماه

»

کد شرکت کننده