

فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک



به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
دانشکده

طرح:

سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک:

- (۱) نام خانوادگی: _____ نام (۲): _____ نام پدر: (۳) نام پدر: _____
- (۴) آدرس و تلفن: _____
- (۵) تاریخ مصاحبه: _____
- (۶) تاریخ تولد بر اساس شناسنامه (روز، ماه، سال): _____
- (۷) تاریخ تولد بر اساس تولد واقعی (روز، ماه، سال): _____
- (۸) سن: _____
- (۹) جنس: _____
 مرد (۱) زن (۲)
- (۱۰) وضعیت تاهل: _____
 مجرد (۱) متاهل (۲) مطلقه (۳) همسر مرده (۴)

سوالات مربوط به سوابق پزشکی:

- (۱) آیا تا به حال پزشکی برای شما بیماری‌های زیر را تشخیص داده است؟ (۱) بلی (۲) خیر (۳) نمی‌داند
- (۱-۱) چربی خون بالا
- اگر بلی آیا برای درمان آن از رژیم غذایی یا برنامه ورزشی خاصی استفاده می‌کنید؟
(۱) بلی (۲) خیر

۲-۱) قند خون بالا

اگر بلیاً یا برای درمان آن از رژیم غذایی یا برنامه ورزشی خاصی استفاده می‌کنید؟ بلی (۱) خیر (۲)

۳-۱) فشار خون بالا

اگر بلیاً یا برای درمان آن از رژیم غذایی یا برنامه ورزشی خاصی استفاده می‌کنید؟ بلی (۱) خیر (۲)

۴-۱) بیماری‌های قلبی و عروقی (ایسکمیک)

توضیح دهید:

۵-۱) بیماری‌های قلبی و عروقی (غیر ایسکمیک)

توضیح دهید:

۶-۱) آیا سابقه اسهال مزمن یا مکرر دارید؟

۷-۱) آیا کاهش وزن قابل توجه در طی شش ماه اخیر داشته‌اید؟

۸-۱) سکته مغزی

۹-۱) بیماری‌های بدخیم

۱۰-۱) آیا تا به حال دچار بیماری عمده و مهمی شده‌اید؟ نام ببرید:

۱-۱) آیا سابقه جراحی تیروئید دارید؟

۱-۲) آیا سابقه ابتلا به سرطان دارید؟

بلی (۱) خیر (۲) نمی‌داند (۳)

اگر بلی، چه نوع سرطانی؟

۲) آیا تاکنون به هر علتی در بیمارستان بستری شده‌اید؟

بلی (۱) توضیح دهید:

خیر (۲)

۳) آیا در ۳ ماه گذشته در بیمارستان بستری بوده‌اید؟

بلی (۱) توضیح دهید:

خیر (۲)

۴) آیا در یک ماهه گذشته (اخیر) از داروهای زیر استفاده کرده‌اید؟ (خوراکی یا تزریقی)

بلی، منظم خیر (۲) بلی، نامنظم نمی‌داند (۴)

۴-۱) داروهای پایین آورنده قند خون

۲-۴) داروهای پایین آورنده چربی خون (اگر بلی چند میلی گرم نیکوتینیک اسید در روز مصرف می کنید؟ □□□□)

□ ۳-۴) دیورتیکها

□ ۴-۴) بتابلوکرها

□ ۵-۴) مسدود کننده کانال کلسیمی

□ ۶-۴) مهار کننده آنزیمی

□ ۷-۴) گشاد کننده عروق

□ ۸-۴) داروهای قلبی

□ ۹-۴) قرص گارلت

□ ۱۰-۴) داروهای پایین آورنده فشار خون

□ ۱۱-۴) کورتیکواستروئیدها

□ ۱۲-۴) داروهای هورمونی (زنانه)

□ ۱۳-۴) داروهای هورمونی (مردانه)

□ ۱۴-۴) قرص تیروئید

□ ۱۵-۴) قرص ضد تیروئید

□ ۱۶-۴) آسپیرین

□ ۱۷-۴) دی پیریدامول

□ ۱۸-۴) وارفارین

□ ۱۹-۴) ید رادیواکتیو

□ ۲۰-۴) داروهای کاهش دهنده وزن □ نام دارو

سوالات مربوط به عادات فردی:

۱) آیا در حال حاضر سیگار می کشید؟

□ ۱) بلی مرتب

□ ۲) خیر

□ ۳) بلی نامرتب (بروید به سوال ۳)

۲) در حال حاضر به طور متوسط روزی چند نخ سیگار می کشید؟

□ ۱-۵

□ ۶-۱۰

□ ۱۱-۱۵

□ ۱۶-۲۰

□ ۲۰ بیشتر از

□ ۶) نامعلوم

۳) آیا در گذشته سیگار می کشیده اید؟

۱) بلی مرتب ۲) خیر (بروید به سوال ۶) ۳) بلی نامرتب (بروید به سوال ۶)

۴) چه مدتی است سیگار را ترک کرده اید؟ (۹۹- نمی داند) سال ماه

۵) از چند سالگی سیگار کشیدن را شروع کرده اید؟ (۹۹- نمی داند)

۶) آیا در حال حاضر پیپ می کشید؟

۱) بلی مرتب ۲) خیر (بروید به سوال ۹) ۳) بلی نامرتب (بروید به سوال ۶)

۷) یک پاکت توتون پیپ را در چند روز استفاده می کنید؟ (۹۹- نمی داند)

۸) از چند سالگی پیپ کشیدن را شروع کرده اید؟ (۹۹- نمی داند)

سپس بروید به سوال ۱۰

۹) آیا در گذشته پیپ می کشیده اید؟

۱) بلی مرتب ۲) خیر ۳) بلی نامرتب

۱۰) آیا در حال حاضر قلیان می کشید؟

۱) بلی مرتب ۲) خیر (بروید به سوال ۱۳) ۳) بلی نامرتب

۱۱) یک پاکت تنباکو را در چند روز استفاده می کنید؟ (۹۹- نمی داند)

۱۲) از چند سالگی قلیان کشیدن را شروع کرده اید؟ (۹۹- نمی داند)

سپس بروید به سوال ۱۴

۱۳) آیا در گذشته قلیان می کشیده اید؟

۱) بلی مرتب ۲) خیر ۳) بلی نامرتب

۱۴) آیا در محل زندگی شما فرد سیگاری وجود دارد که شما در معرض دود سیگار وی باشید؟

۱) بلی ۲) خیر

۱۵) آیا در محل کار شما فرد سیگاری وجود دارد که شما در معرض دود سیگار وی باشید؟

۱) بلی ۲) خیر

چنانچه پاسخ هر دوی سوالات ۱۴ و ۱۵ گزینه خیر باشد به سوال ۲۰ بروید.

۱۶) در مجموع در محل کار و زندگی خود در معرض دود سیگار چند نفر هستید؟

۱۷) به طور متوسط چند روز در هفته در معرض دود سیگار این فرد یا افراد قرار دارید؟

۱) ۱-۲ روز ۲) ۳-۵ روز ۳) ۶-۷ روز ۹) نمی داند

- ۱۸) به طور متوسط در هر شبانه روز جمعاً چند ساعت در معرض دود سیگار این فرد یا افراد قرار دارید؟
- ۱) کمتر از یک ساعت ۲) یک تا سه ساعت ۳) بیش از سه ساعت ۹) نمی داند
- ۱۹) این فرد یا افراد مجموعاً در هر روز به طور متوسط چند نخ سیگار مصرف می کنند؟
- ۱) ۱-۱۰ نخ ۲) ۱۱-۲۰ نخ ۳) بیش از ۲۰ نخ ۴) نمی داند

سوالات مربوط به معاینات پزشکی:

- ۱) تعداد نبض در دقیقه:
- ۲) اندازه کاف فشار خون: کوچک (۱) متوسط (۲) بزرگ (۳)
- ۳) فشار سیستولیک (بر حسب میلیمتر جیوه) اولین اندازه گیری:
- ۴) فشار دیاستولیک (بر حسب میلیمتر جیوه) اولین اندازه گیری:
- ۵) فشار سیستولیک (بر حسب میلیمتر جیوه) دومین اندازه گیری:
- ۶) فشار دیاستولیک (بر حسب میلیمتر جیوه) دومین اندازه گیری:
- ۷) زمان اندازه گیری اولین فشار خون (ساعت ۰-۲۴):
- ۸) دمای اتاق در زمان اندازه گیری فشار خون (بر حسب سانتی گراد):
- ۹) گواتر:
- ۱) بلی ۲) خیر
- ۱۰) درجه بندی گواتر:
- ۱) درجه ۱ ۲) درجه ۲
- ۱۱) ندول تیروئید:
- ۱) بلی ۲) خیر

سوالات مربوط به اندازه گیریهای تن سنجی:

- ۱) قد بر حسب سانتیمتر:
- ۲) وزن بر حسب کیلوگرم:
- ۳) دور کمر بر حسب سانتیمتر:
- ۴) دور باسن بر حسب سانتیمتر:

(۵) دور مچ دست بر حسب سانتیمتر و یک رقم اعشار:

(۶) دور گردن بر حسب سانتی متر: