

پیوست ۲- اطلاعات دموگرافیک

کد ملی بیمار: _____		تاریخ تکمیل فرم/...../۱۳	
شماره پرونده بیمار: _____		تاریخ ورود اطلاعات/...../.....	
اطلاعات دموگرافیک			
نام: _____		نام خانوادگی: _____	
تاریخ تولد:/...../۱۳		جنسیت: <input type="checkbox"/> ۱-مرد <input type="checkbox"/> ۲-زن	
آدرس: شهر: _____		خیابان: _____	
پلاک: _____		طبقه: _____	
کوچه: _____			
۱- نحوه آشنایی شما با این مرکز:			
<input type="checkbox"/> ۱- پزشک (نام و تخصص ایشان را ذکر کنید: _____) <input type="checkbox"/> ۲- یکی از اقوام: (نسبت را ذکر کنید: _____) <input type="checkbox"/> ۳- رسانه های جمعی: _____ <input type="checkbox"/> ۴- سایر (ذکر کنید: _____)			
۲- نحوه تماس با شما:			
شماره تلفن منزل: _____ آیا می توان در طی روز با این شماره تماس گرفت؟ <input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله شماره تلفن محل کار: _____ آیا می توان در طی روز با این شماره تماس گرفت؟ <input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله شماره تلفن همراه ۱: _____ آیا می توان در طی روز با این شماره تماس گرفت؟ <input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله شماره تلفن همراه ۲: _____ آیا می توان در طی روز با این شماره تماس گرفت؟ <input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله آدرس ایمیل: _____ آیا می توان از این طریق با شما تماس گرفت؟ <input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله			
اشخاص دیگری که در صورت نیاز بتوان با آنان تماس گرفت:			
۱- نام: _____ شماره تلفن: _____ نسبت: _____ ۲- نام: _____ شماره تلفن: _____ نسبت: _____			
وزن: _____ کیلوگرم	قد: _____ سانتی متر	BMI: _____	
راهنمایی: لطفاً تنها یک گزینه را انتخاب کنید.			
۳- وضعیت فعلی تاهل شما چیست؟			
<input type="checkbox"/> ۱- هرگز ازدواج نکرده ام <input type="checkbox"/> ۲- متاهل هستم <input type="checkbox"/> ۳- طلاق گرفته ام <input type="checkbox"/> ۴- بیوه (همسر مرده) هستم			
۴- آخرین مدرک تحصیلی شما چیست؟			
<input type="checkbox"/> ۱- بیسواد <input type="checkbox"/> ۳- راهنمایی <input type="checkbox"/> ۵- دیپلم <input type="checkbox"/> ۷- لیسانس <input type="checkbox"/> ۹- دکترا <input type="checkbox"/> ۲- ابتدایی یا نهضت <input type="checkbox"/> ۴- دبیرستان (سیکل) <input type="checkbox"/> ۶- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۸- فوق لیسانس			
۵- آیا در حال حاضر بیرون از منزل، شاغل هستید؟			

<input type="checkbox"/> ۰۰- خیر		<input type="checkbox"/> ۱- بله: <input type="checkbox"/> تمام وقت (۳۵ ساعت یا بیشتر در هفته) <input type="checkbox"/> پاره وقت	
(خانم های خانه دار این قسمت را علامت بزنند)		۱-۴- شغل اولیه شما چیست؟ از آنجا که بعضی بیش از یک شغل دارند، شغلی که بیشترین درآمد را از آن دارید ذکر نمایید <u>عنوان شغل:</u>	
۶- مشکلات پزشکی:			
<input type="checkbox"/> بیماری قلبی (درد قفسه سینه، حمله قلبی، بالون، ..)	<input type="checkbox"/> چربی خون بالا	<input type="checkbox"/> کم خونی	
<input type="checkbox"/> سکته مغزی	<input type="checkbox"/> لخته شدن خون در عروق	<input type="checkbox"/> ادم پاها	
<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> سنگ کلیه	<input type="checkbox"/> ناتوانی جنسی	
<input type="checkbox"/> فتق	<input type="checkbox"/> آرتروز	<input type="checkbox"/> بی اختیاری ادرار	
<input type="checkbox"/> سرطان	<input type="checkbox"/> بیماری تیروئید	<input type="checkbox"/> بی اختیاری مدفوع	
<input type="checkbox"/> فشارخون بالا	<input type="checkbox"/> بیماری کبدی	<input type="checkbox"/> کوتاهی نفس	
<input type="checkbox"/> زخم معده	<input type="checkbox"/> سنگ کیسه صفرا	<input type="checkbox"/> خر و پف	
<input type="checkbox"/> ریفلاکس، سوزش سر دل	<input type="checkbox"/> کمردرد	<input type="checkbox"/> انقرس	
آیا تا کنون جراحی داشته اید؟ <input type="checkbox"/> ۰۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله (به چه علت: _____)			
۷- سابقه بیماری در عضو درجه یک خانواده: (پدر، مادر، خواهر یا برادر)			
نوع بیماری		عضو درجه یک خانواده (پدر، مادر، خواهر یا برادر)	
<input type="checkbox"/> بیماری قلبی (حمله قلبی، بالون، درد قفسه سینه، ..)	_____		
<input type="checkbox"/> سکته مغزی	_____		
<input type="checkbox"/> دیابت	_____		
<input type="checkbox"/> سرطان (نوع آن را مشخص کنید)	_____		
<input type="checkbox"/> فشارخون بالا	_____		
<input type="checkbox"/> چربی خون بالا (تری گلیسیرید یا کلسترول)	_____		
<input type="checkbox"/> لخته شدن خون در عروق	_____		
<input type="checkbox"/> سنگ کلیه	_____		
<input type="checkbox"/> پوکی استخوان	_____		
<input type="checkbox"/> بیماری تیروئید	_____		
<input type="checkbox"/> مرگ ناگهانی و زودرس (مرگ زیر ۵۵ سال در مردان و زیر ۶۵ سال در زنان)	_____		
یادآوری: اطلاعات سوالهای بعدی کاملاً شخصی و خصوصی است ولی برای گروه تحقیق بسیار مهم است و به شما اطمینان می دهیم که آنها را کاملاً محرمانه حفظ خواهیم کرد. از این رو خواهشمندیم صادقانه به آنها پاسخ دهید.			
۸- این سوالات در مورد مصرف دخانیات (سیگار، پپ و قلیان) است.			

۸-۱ آیا در حال حاضر سیگار می کشید؟

<input type="checkbox"/> ۰- خیر بروید سوال بعدی	<input type="checkbox"/> ۱- بله گهگاه ۸-۱-۱ به طور متوسط چند روز در هفته سیگار می کشید؟ _____ روز در هفته ۸-۱-۲ به طور متوسط چند بسته در روز سیگار می کشید؟ _____ بسته در روز ۸-۱-۳ به طور متوسط چند نخ در روز سیگار می کشید؟ _____ نخ در روز ۸-۱-۴ از چه سنی شروع به سیگار کشیدن کرده اید؟ _____ سالگی	<input type="checkbox"/> ۲- بله هر روز
--	--	--

۸-۲ آیا هیچوقت در گذشته سیگار کشیده اید؟

<input type="checkbox"/> ۰- خیر بروید سوال بعدی	<input type="checkbox"/> ۱- بله ۸-۲-۱ به طور متوسط چند نخ در روز سیگار می کشیدید؟ _____ نخ در روز ۸-۲-۲ در چه سنی شروع به سیگار کشیدن کرده اید؟ _____ سالگی ۸-۲-۳ در چه سنی سیگار را ترک کرده اید؟ _____ سالگی
--	---

۸-۳ آیا پپ / قلیان / چپق می کشید؟ ☐ ۰- خیر

☐ ۱- بله (به طور متوسط چند بار در هفته پپ / قلیان یا چپق می کشید؟ _____ روز در هفته)

۹- سوال بعدی در مورد مصرف الکل است. آیا نوشیدنی حاوی الکل مصرف می کنید؟

<input type="checkbox"/> خیر بروید به سوال بعدی	<input type="checkbox"/> بله نوع آن: <input type="checkbox"/> شراب <input type="checkbox"/> آبجو <input type="checkbox"/> لیکور	میزان مصرف: <input type="checkbox"/> بندرت <input type="checkbox"/> یک بار در روز <input type="checkbox"/> ۲-۳ بار در روز <input type="checkbox"/> ۳-۴ بار در هفته <input type="checkbox"/> ۴-۵ بار در روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵ بار در روز
--	--	--

۱۰- سوالات زیر در مورد مصرف مواد/اعتیاد آور در ۱۲ ماه گذشته است. اگر شما ماده ای را استفاده نمی کنید پاسخ خیر را انتخاب کرده و به سوال بعدی بروید

در ۱۲ ماه گذشته به غیر از تجویز پزشک از کدام مواد زیر استفاده نموده اید

- | | | | |
|------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ۱۰-۱ | مواد افیونی (تریاک، هروین، مورفین) | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله |
| ۱۰-۲ | آمفتامین (شیشه) | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله |
| ۱۰-۳ | توهم زا (LSD، قرص های اکستازی) | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله |
| ۱۰-۴ | حشیش | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله |

نتایج آزمایشات بیمار (قبل از جراحی و سالیانه)					
نام و نام خانوادگی:			تاریخ انجام آزمایش: ۱۳...../...../.....		
شماره پرونده بیمار --- ____ ---			تاریخ ورود اطلاعات ۱۳...../...../.....		
خون					
انجام نشده		انجام نشده		انجام نشده	
<input type="checkbox"/>	Hemoglobin	(g/dl)	<input type="checkbox"/>	C-reactive protein	(mg/dl)
<input type="checkbox"/>	Hematocrit	(%)	<input type="checkbox"/>	Serum Creatinine	(mg/dl)
<input type="checkbox"/>	Total White Count	mm ³	<input type="checkbox"/>	T4	mg/dl
<input type="checkbox"/>	Platelet	(10 ³ /mm ³)	<input type="checkbox"/>	T3RU	(%)
<input type="checkbox"/>	Fasting Glucose	(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	TSH	(μU/ml)
<input type="checkbox"/>	Hemoglobin A1C	(%)	<input type="checkbox"/>	PTH	(ng/ml)
<input type="checkbox"/>	Fasting Insulin	(mU/ml)	<input type="checkbox"/>	Serum Iron	(μg/dl)
<input type="checkbox"/>	Triglycerides	(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	Ca	(mg/L)
<input type="checkbox"/>	HDL	(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	P	(mg/dl)
<input type="checkbox"/>	LDL	(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	Copper	(μg/dl)
<input type="checkbox"/>	Total Cholesterol	(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	Zinc	(μg/dl)
<input type="checkbox"/>	SGPT	(IU/L)	<input type="checkbox"/>	Vitamin D	(ng/ml)
<input type="checkbox"/>	SGOT	(IU/L)	<input type="checkbox"/>	Vitamin B12	(pg/ml)
<input type="checkbox"/>	Alkaline Phosphatase	(IU/L)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Total Bilirubin	(mg/dl)	<input type="checkbox"/>		
ادرار					
<input type="checkbox"/>	Albumin	(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	Albumin to Creatinine ratio (%)	(%)
<input type="checkbox"/>	Creatinine	(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	UFC 24hr (urine free cortisol)	(nmol/day)

ارزیابی اولیه: اندازه گیری ها، معاینات و نتایج مشاوره ها: پیوست ۴- معاینات و بررسی جراح قبل از جراحی

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تکمیل فرم / /
۱- اندازه گیری ها: تاریخ اندازه گیری توسط پزشک: / /	
۱-۱- وزن __ __ کیلوگرم	۱-۲- درصد چربی بدن __ . __ % (در صورت اندازه گیری)
۱-۳- قد __ __ سانتی متر	۱-۴- BMI:
۱-۵- RR: __ (pm)	۱-۶- ضربان قلب در حال استراحت: __ __ (bpm)
۱-۷- فشار خون بار اول __ __ / __ __ (mmHg) دیاستولیک / سیتولیک	۱-۸- فشار خون بار دوم __ __ / __ __ (mmHg) دیاستولیک / سیتولیک
محل اندازه گیری فشار خون را مشخص کنید: <input type="checkbox"/> بر اکیال <input type="checkbox"/> رادیال <input type="checkbox"/> سایر (ذکر کنید: _____)	
۱-۹- اندازه دور کمر (۲ بار اندازه گیری را گزارش کنید)	۱-۱۰- اندازه دور گردن (۲ بار اندازه گیری را گزارش کنید)
__ . __ سانتیمتر	__ . __ سانتیمتر
__ . __ سانتیمتر	__ . __ سانتیمتر
۱-۱۱- اندازه دور میچ __ . __ سانتیمتر	۱-۱۲- اندازه دور باسن __ . __ سانتیمتر

۲- نتیجه معاینات: بله یا خیر را علامت بزنید و اگر انجام شده نتیجه را وارد کنید.

خیر	بله	نامعلوم	اگر بله	نتیجه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	ادم اندام های فوقانی non-pitting <input type="checkbox"/> pitting <input type="checkbox"/> III ⁺ <input type="checkbox"/> II ⁺ <input type="checkbox"/> I ⁺ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	ادم اندام های تحتانی non-pitting <input type="checkbox"/> pitting <input type="checkbox"/> III ⁺ <input type="checkbox"/> II ⁺ <input type="checkbox"/> I ⁺ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	واریس شدید <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	مشخص کنید: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	مشخص کنید: _____

۳- ابتلا به بیماری های همراه: در هر مورد اگر بله، بهترین گزینه را انتخاب کنید.

خیر	بله	اگر بله	درمان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	۲-۱- فشار خون بالا تحت درمان نیست <input type="checkbox"/> درمان تک دارویی <input type="checkbox"/> درمان چند دارویی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	۲-۲- دیابت تحت درمان نیست <input type="checkbox"/> درمان تک دارویی خوراکی <input type="checkbox"/> درمان چند دارویی خوراکی <input type="checkbox"/> انسولین <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	۲-۳- CHF NYHC*: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> ناشناخته <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	۲-۴- آسم با سابقه لوله گذاری <input type="checkbox"/> بدون سابقه لوله گذاری <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	۲-۵- سابقه ترومبوز وریدی DVT <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> ادم وریدی به همراه زخم <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> وابسته به اکسیژن		<input type="checkbox"/> C-pap/ Bi-pap*		←	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲-۶- آپنه در خواب
<input type="checkbox"/> درمان دارویی برای ایسکمی	<input type="checkbox"/> PCI, CABG	<input type="checkbox"/> نوار قلب غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> سابقه سکته قلبی	←	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲-۷- بیماری ایسکمی قلب
<input type="checkbox"/> اختلال حافظه و شناخت	<input type="checkbox"/> اختلال تکلم	<input type="checkbox"/> Motor	<input type="checkbox"/> Sensory	←	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲-۸- Stroke
<input type="checkbox"/> III		<input type="checkbox"/> II		<input type="checkbox"/> I ←	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲-۹- Angina
نوع آن را ذکر کنید:				←	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲-۱۰- جراحی قبلی
عوارض: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (ذکر کنید: _____) حساسیت به داروی بیهوشی یا نخ بخیه: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله							

۴- وضعیت عملکرد حرکتی:									
<input type="checkbox"/> توانایی راه رفتن بدون نیاز به کمک تا ۷۰ متر			<input type="checkbox"/> توانایی راه رفتن تا ۷۰ متر با کمک واکر یا عصا			<input type="checkbox"/> عدم توانایی راه رفتن تا ۷۰ متر با کمک واکر یا عصا			
۵- نتایج مشاوره ها: بله یا خیر را علامت بزنید و اگر انجام شده نتیجه را وارد کنید.									
خیر	بله		اگر بله	نتیجه					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵-۱ Endoscopy	←	Barret's Esophagus: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
				Hiatal Hernia: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
				H- Pilory: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
				Ulcer: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
				ریفلاکس: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵-۲ Upper GI series	←	Paraesophageal Hernia: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
				Hiatal Hernia: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
				Ulcer: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵-۳ سونوگرافی کیسه صفرا	←	شواهدی از وجود سنگ: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵-۴ سونوگرافی کبد	←	شواهدی از بزرگی کبد: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
				شواهدی از کبد چرب: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵-۵ سونوگرافی تخمدان	←	شواهدی از وجود کیست: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵-۶ سایر (ذکر کنید: _____)	←	نتیجه:					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵-۷ ECG	←	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله		
			<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۴- دیگر آریتمی ها		
			<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۵- ST-T waves /possible ischemia		
			<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	۶- سایر (ذکر کنید: _____)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵-۸ Cardiac function	←	LVEF: %__ __		LVMASS: __ __			
				DF: __ __		PAP: __ __			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵-۹ blood gas وریدی یا شریانی	←	PH: _____		CO2: _____ (mmHg)			
				SAO2: %__ __					

(mmHg)_____ :O2 on room air temperature				
(mmHg)_____ :O2 on oxygen				
_____ :%of diffusing capacity	(liters)_____ :FEV1	←	PFT(Pulmonary Function Test) ۵-۱۰-	<input type="checkbox"/>
	(liters)_____ :FVC			<input type="checkbox"/>
(AHI)___ Apnea-Hypopnea Index		←	Polysomnogram ۵-۱۱-	<input type="checkbox"/>

۶- نکات مهم برای جراحی باریاتریک:

	بله	خیر		بله	خیر
۶-۷- حساسیت دارویی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶-۱- مشکل قلبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶-۸- بیماری زمینه ای کنترل نشده(ذکر کنید: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶-۲- مشکل ریوی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶-۹- سابقه کانسر معده در یکی از اقوام درجه اول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶-۳- مشکل کبدی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶-۱۰- سابقه جراحی شکم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶-۴- مشکل گوارشی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶-۱۱- سابقه عارضه در جراحی قبلی یا DVT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶-۵- مشکل روانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶-۱۲- سایر (ذکر کنید: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶-۶- سایر (ذکر کنید: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

پیوست ۵- اطلاعات بعد از جراحی

نام و نام خانوادگی بیمار:		تاریخ ورود اطلاعات: / /	
شماره پرونده بیمار: --- ___ ---		شماره ملی: _____	
فرم بعد از جراحی			
نام جراح: _____		نام کمک جراح دوم: _____	
نام کمک جراح اول: _____			
۱- تاریخ جراحی: / / ۱۳.....		۲- نام بیمارستان (مکان جراحی):	
۳- زمان جراحی:			
۱- زمان ورود بیمار به اتاق عمل		_____ : _____ (دقیقه: ساعت)	
۲- زمان شروع بیهوشی		_____ : _____ (دقیقه: ساعت)	
۳- زمان اولین برش		_____ : _____ (دقیقه: ساعت)	
۴- زمان دوخت آخرین بخیه		_____ : _____ (دقیقه: ساعت)	
۵- زمان ورود به ریکاوری یا اتمام بیهوشی		_____ : _____ (دقیقه: ساعت)	
۴- آیا این جراحی revision است؟			
<input type="checkbox"/> + خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله		۱-۳- نوع جراحی قبلی را مشخص کنید: _____ ۲- علت آن را ذکر کنید: _____ ۱- افزایش وزن مجدد <input type="checkbox"/> ۲- کاهش وزن بیش از حد <input type="checkbox"/> ۳- عارضه جراحی قبلی ۴- سایر (ذکر کنید: _____)	
۵- نوع و میزان داروهای بیهوشی:			
۱- ۴- داروی premed:		<input type="checkbox"/> میدازولام (دز: _____) <input type="checkbox"/> مورفین (دز: _____)	
۲- ۴- داروی اینداکشن:		<input type="checkbox"/> پروپوفل / اتومیت / نسدوتال (دز: _____) <input type="checkbox"/> شل کننده عضلانی: آتراکوریوم / پاولن (دز: _____) <input type="checkbox"/> سیس آتراکوریوم (دز: _____)	
۳- ۴- داروی maintenance:		<input type="checkbox"/> پروپوفل / گاز استنشاقی (دز: _____) <input type="checkbox"/> شل کننده عضلانی: آتراکوریوم / پاولن (دز: _____) <input type="checkbox"/> بازگشت شل کننده عضلانی: پروستیگسین / آتروپین (دز: _____)	
۴- ۴- post op pain revers:		<input type="checkbox"/> پمپ ضد درد (دز: _____) <input type="checkbox"/> مخدر انتهایی عمل (دز: _____)	
۶- زمان گذاشتن NG-Tube: <input type="checkbox"/> ۱- قبل از جراحی <input type="checkbox"/> ۲- حین جراحی ۷- زمان گذاشتن سوند فولی: <input type="checkbox"/> ۱- قبل از جراحی <input type="checkbox"/> ۲- حین جراحی ۸- نحوه فیکس کردن بیمار: <input type="checkbox"/> ۱- شکم <input type="checkbox"/> ۲- رانها <input type="checkbox"/> ۳- ساق ها <input type="checkbox"/> ۴- پاها			

۹- وسیله فیکس کردن بیمار: ۱- کمر بند ۲- باند ۳- چسب

۱۰- نحوه انجام جراحی:

۰- انجام نشد (جراحی بعد از بیهوشی بیمار لغو شد) (علت آن را ذکر کنید):

در این صورت نیازی به تکمیل کردن باقی این فرم نیست

۱- Gastric bypass

مشخص کنید:

Proximal (Roux length < 250 cm) - ۱ (Roux Length: _____ cm)

نوع نخ بخیه:	معدة به روده:	روده به روده:	فاسیا:	پوست:
--------------	---------------	---------------	--------	-------

تکنیک را توضیح دهید:

۲- Biliopancreatic diversion (BPD)

۳- Biliopancreatic diversion with Duodenal Switch (BPDS)

۴- Adjustable band

تکنیک را مشخص کنید:

Pars flaccida

سایر: _____

نوع آن را مشخص کنید:

سایز باند را مشخص کنید:

Overlap معده روی باند: ۰- خیر ۱- بله

۵- Sleeve gastrectomy

استفاده از بوژی (سایز آن را مشخص کنید):

Oversew معده (نوع نخ بخیه را مشخص کنید):

هموستاز: با سوچور با کلیپس یا لیگاشور با کوتر مونوکلونال با کوتر بای کلونال

بستن فاسیا: ۰- خیر ۱- بله (نوع نخ بخیه را مشخص کنید):

۶- Vertical Banded Gastroplasty

۷- Banded gastric bypass (Gastric bypass + non-adjustable band)

۸- پلیکاسیون معده: شماره بوژی: ردیف سوچورها: continuous separate نوع نخ:

۹- سایر (نوع و تکنیک را مشخص کنید):

۱۱- روش انجام جراحی:

۱- لاپاروسکوپي:

۲- لاپاروسکوپي که به جراحی باز تبدیل شد

15 mm	10-12 mm	5 mm	
#	#	#	تعداد هر برش بر اساس عرض برش: (اگر نیست صفر وارد کنید)

15 mm	10-12 mm	5 mm	
#	#	#	تعداد هر برش بر اساس عرض برش: (اگر نیست صفر وارد کنید)

	بله	خیر		بله	خیر	علت تبدیل به جراحی باز
Instrument/equipment failure کدام وسیله:			Exposure			
چسبندگی			Bleeding			
مشکلات بیهوشی			Anatomy			

سایر (ذکر کنید):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کوتاه بودن روده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
محل برش جراحی باز: <input type="checkbox"/> خط وسط <input type="checkbox"/> سایر برشها (ذکر کنید: _____)					
طول برش جراحی باز: _____ cm					

۳- جراحی باز

محل برش جراحی باز: <input type="checkbox"/> خط وسط <input type="checkbox"/> سایر برشها (ذکر کنید: _____)					
طول برش جراحی باز: _____ cm					

۱۲- آیا کار همزمانی انجام شد؟ ☐ -۰ خیر ☐ -۱ بله

اگر بله، هر مورد را علامت مناسب بزنید:

بله	خیر		بله	خیر		بله	خیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Panniculectomy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crural repair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planned fiberoptic intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrectomy Subtotal <input type="checkbox"/> Partial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lysis of extensive adhesions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کوله سیستکتومی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فتق نافی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic EGD/EGJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تخلیه کیست تخمدان: <input type="checkbox"/> سمت راست <input type="checkbox"/> سمت چپ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vagotomy : Truncal type <input type="checkbox"/> Partial type <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آنترولیز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incisional hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

سایر (توضیح دهید: _____)

۱۳- آیا روشی برای آزمون آناستوموز انجام شد؟ ☐ -۰ خیر ☐ -۱ بله

اگر بله، هر مورد را علامت مناسب بزنید:

اقدام انجام شده			اگر نتیجه مثبت بود اقدامی انجام شده؟		نتیجه			
	بله	خیر	<div><input type="checkbox"/> - خیر</div> <div><input type="checkbox"/> - بله</div>	مثبت	منفی		بله	خیر
سوچور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هوا بوسیله لوله	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
چسب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هوا به وسیله آندوسکوپي*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complete anastomosis redo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متیلان بلو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*فقط زمانی که هوا دهی با آندوسکوپی برای آزمون آناستوموز انجام می شود علامت زده شود

۱۴- آیا سونوگرافی داپلر انجام شده است؟ ☐ -۰ خیر ☐ -۱ بله (قبل از جراحی ☐ بعد از جراحی)

اگر نتیجه مثبت است: مکان لخته را مشخص کنید:

۱۵- آیا برای پیشگیری از DVT اقدامی انجام شده (قبل یا حین جراحی) یا دستور آن داده شده (بعد از جراحی)

اگر بله، هر مورد را علامت مناسب بزنید:

دستور برای بعد از جراحی	زمان انجام
-------------------------	------------

خبر	بله						۱-۲ ساعت قبل جراحی	نیم ساعت قبل جراحی	زمان شروع جراحی	خبر	بله	مدت استفاده	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جوراب وارپس (نوع آن: __)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روز ____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	باند کش					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روز ____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دستگاه فشاری متناوب					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روز ____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هیپارین با وزن مولکولی پایین					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روز ____	
دز هیپارین با وزن مولکولی پایین: <input type="checkbox"/> ۲۰ میلی <input type="checkbox"/> ۴۰ میلی <input type="checkbox"/> ۶۰ میلی <input type="checkbox"/> سایر دزها (ذکر کنید: _____)													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵۰۰۰ واحد هیپارین زیر جلدی					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روز ____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر دزهای هیپارین (دز: __ واحد)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روز ____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر ضد انعقادی					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روز ____	
نام دارو: _____ دز دارو: _____ میلی گرم <input type="checkbox"/> واحد <input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prophylactic vena cava filter					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روز ____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Foot pump					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	روز ____	
۱۸- گزارش مایع و خون از دست رفته حین جراحی:													
مایعات کریستالوئید: _____ (ml)						خون از دست رفته: _____ (cc) اگر کمتر از ۵۰ سی سی، صفر وارد کنید							
مایعات دیگر: _____ (ml) (نوع را مشخص کنید: _____)						تزریق خون: _____ (واحد)							
۱۹- آیا حین جراحی اتفاق غیر مترقبه ای رخ داده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱-بله													
اگر بله، هر مورد را علامت مناسب بزنید:													
خبر	بله	الف- اشکال در تجهیزات یا وسایل (مشخص کنید: _____) ب- Revision of anastomosis (اگر بله) ج- صدمه به سایر اعضا که نیاز به مرمت یا بخیه پیدا کند (اگر بله)					خبر	بله	د- تزریق خون حین جراحی ه- حوادث بیهوشی (اگر بله)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	خبر	بله	V IV III II I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					خبر	بله	و- آمفییزم زیر پوستی			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	خبر	بله	کبد روده باریک کولون					خبر	بله				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

ز- هر حادثه غیر مترقبه دیگر:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معدده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			صدمه به عروق (اگر بله نام رگ: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			سایر: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۸- تجویز آنتی بیوتیک حین عمل جراحی انجام شده؟ <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/> - بله					
اگر بله، نوع و دز آن را مشخص کنید: _____ و این که آیا دز تکرار شده؟ <input type="checkbox"/> - خیر <input type="checkbox"/> - بله (چند بار: _____)					
۱۹- محل انتقال بیمار بعد از جراحی:					
<input type="checkbox"/> بخش <input type="checkbox"/> ICU با انتوباسیون <input type="checkbox"/> ICU بدون انتوباسیون					

فرم زمان ترخیص											
نام و نام خانوادگی: _____ شماره پرونده: _____						نام جراح: _____ نام کمک جراح اول: _____ نام کمک جراح دوم: _____					
تاریخ جراحی: ۱۳...../...../..... مکان جراحی: _____ تاریخ تکمیل فرم: ۱۳...../...../.....											
۱- آیا بیمار بعد از عمل جراحی و قبل از ترخیص داروی ضد انعقاد دریافت کرده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۰- <input type="checkbox"/> ۱- بله											
اگر بله											
پروفیلاکسی				درمانی							
خیر	بله	خیر	بله	از روز	بار در روز	خیر	بله	از روز	بار در روز	خیر	بله
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵۰۰۰ هزار واحد هپارین زیر جلدی											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هپارین با دز های دیگر (____ واحد)											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هپارین با وزن مولکولی پایین											
اگر بله				دز را مشخص کنید:				<input type="checkbox"/> ۲۰ گرم <input type="checkbox"/> ۴۰ گرم <input type="checkbox"/> ۶۰ گرم <input type="checkbox"/> سایر (____ گرم)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سایر ضد انعقادها											
اگر بله				نام آن را ذکر کنید:				مقدار دز _____ میلی گرم واحد: _____			
۲- آیا بیمار شواهد آمبولی ریه یا DVT دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۰- <input type="checkbox"/> ۱- بله: (اثبات با: <input type="checkbox"/> داپلر <input type="checkbox"/> سی تی آنژیو)											
۳- کنترل درد بعد از جراحی چگونه است؟ (برای هر کدام بله یا خیر را علامت بزنید)											
خیر	بله	خیر	بله								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intermittent IV narcotics							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tylenol							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSAID							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patient controlled anesthesia (PCA)pump							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oral narcotics							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر (مشخص کنید: _____)							
۴- وضع بیمار بعد از جراحی <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> ۱- <input type="checkbox"/> ۲- بخش با اندازه گیری از <input type="checkbox"/> ۳- بخش بدون اندازه <input type="checkbox"/> ۴- ترخیص در											

همان روز	گیری از راه دور	راه دور	
----------	-----------------	---------	--

اگر ICU

۴-۱- مشخص کنید تعداد روزهای انتوباسیون بعد از جراحی: _____ (روز جراحی به عنوان روز صفر در نظر گرفته شود)

۴-۲- آیا بیمار reintubated شده است؟ ☐ -۰ خیر ☐ -۱ بله (چند بار: _____)

۵- آیا بیمار بیش از ۳۰ روز از جراحی اولیه مرخص شده است؟ ☐ -۰ خیر ☐ -۱ بله

۶- تاریخ ترخیص از بیمارستان (و یا فوت در بیمارانی که قبل از ترخیص فوت شده اند)/...../..... ۱۳.....

۷- محلی که بعد از ترخیص از بیمارستان برای بیمار در نظر گرفته شده است:

☐ -۱ خانه

☐ -۲ بیمارستان دیگر

☐ -۳ مرخص نشد (بیمار قبل از ترخیص فوت شده است)

۸- آیا بیمار قبل از ترخیص و در بیمارستان دچار عوارض بعد از جراحی شده است؟ ☐ -۰ خیر ☐ -۱ بله

اگر بله (اگر بیمار پس از ۳۰ روز از جراحی اولیه مرخص شده، از این قسمت استفاده شود: عارضه قبل از ۳۰ روز بعد از جراحی)

۸-۱- جراحی مجدد	<input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
-----------------	---	---------------------------------------

۸-۱-۱- دلیل جراحی مجدد را مشخص کنید (برای هر کدام بله یا خیر را علامت بزنید)

اگر بله

	بله	خیر		بله	خیر
Wound infection/evisceration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intestinal obstruction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluid or electrolyte depletion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subsequent cholecystectomy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomiting or poor intake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anastomotic leak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastric distension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other abdominal sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strictures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmonary embolism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleeding (نوع آن را مشخص کنید: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection/fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other respiratory failure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سایر (مشخص کنید: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subsequent abdominoplasty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز		<input type="checkbox"/> ۱-بله	<input type="checkbox"/> ۰-خیر	Gastrojejunostomy leak - ۸-۲	
<u>اگر بله</u>					
<input type="checkbox"/> ۱- Minimal – small contained leak, patient asymptomatic		۷-۲-۱- گرید آن را مشخص کنید:			
<input type="checkbox"/> ۲- Moderate – moderate size forming collection, drain used symptomatic,					
<input type="checkbox"/> ۳- Large – not contained, symptomatic, requires re-operation.					
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز		<input type="checkbox"/> ۱-بله	<input type="checkbox"/> ۰-خیر	Jejuno-jejunostomy leak - ۸-۳	
<u>اگر بله</u>					
<input type="checkbox"/> ۱- Minimal – small contained leak, patient asymptomatic		۷-۳-۱- گرید آن را مشخص کنید:			
<input type="checkbox"/> ۲- Moderate – moderate size forming collection, drain used symptomatic,					
<input type="checkbox"/> ۳- Large – not contained, symptomatic, requires re-operation.					
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز		<input type="checkbox"/> ۱-بله	<input type="checkbox"/> ۰-خیر	Pancreatitis - ۸-۴	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز		<input type="checkbox"/> ۱-بله	<input type="checkbox"/> ۰-خیر	Post operative bleeding - ۸-۵	
<u>اگر بله</u>					
		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	۸-۵-۱- مکان آن را مشخص کنید	
Intra-peritoneal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unknown		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
سایر (مشخص کنید: _____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
۸-۵-۲- تعداد واحد های خون مورد نیاز: _____ واحد					
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز		<input type="checkbox"/> ۱-بله	<input type="checkbox"/> ۰-خیر	۸-۶- آبسه شکمی	
<u>اگر بله</u>					
		<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر	۸-۶-۱- مکان را مشخص کنید:	
Left upper quadrant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Subhepatic (<input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> چپ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lower abdomen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interloop		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر: مشخص کنید: (_____)
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Esophageal injury -۸-۷	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Wound infection -۸-۸ سلولیت اطراف محل برش به همراه تب	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Fascial dehiscence -۸-۹	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Seroma of wound -۸-۱۰	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	انسداد روده کوچک -۸-۱۱	
<u>اگر بله</u>				
<input type="checkbox"/> -۴ انسداد آناستوموز JJ	<input type="checkbox"/> -۱ فتق داخلی	<input type="checkbox"/> -۸-۱۱-۳ علت انسداد:	<input type="checkbox"/> -۱ Partial <input type="checkbox"/> -۲ Complete	
<input type="checkbox"/> -۵ ناشناخته	<input type="checkbox"/> -۲ Adhesions		<input type="checkbox"/> -۸-۱۱-۲ محل انسداد را مشخص کنید: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A	
<input type="checkbox"/> -۶ Clot bezoar	<input type="checkbox"/> -۳ Anastomotic anatoms			
<input type="checkbox"/> -۷ سایر (_____)	<input type="checkbox"/> -۴ انسداد آناستوموز JJ			
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Stomal/gastric outlet obstruction -۸-۱۲	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Stomal stenosis -۸-۱۳	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	GI ulcer(s) -۸-۱۴	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Ateletasis -۸-۱۵	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Pneumothorax -۸-۱۶	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Pleural effusion -۸-۱۷	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Pulmonary embolism -۸-۱۸	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Deep vein thrombosis -۸-۱۹	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Pneumonia -۸-۲۰	
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	Respiratory failure requiring intubation -۸-۲۱	

اگر بله

۱-۸-۲۱- علت	۱-ARDS <input type="checkbox"/>	۴-ناشناخته <input type="checkbox"/>
	۲-Pneumonia <input type="checkbox"/>	۵-سایر (مشخص کنید: _____) <input type="checkbox"/>
	۳-PE <input type="checkbox"/>	

۲۲-۸- عفونت کلیه یا مجاری ادرار	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
۲۳-۸- نارسایی کلیه	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز

اگر بله

۱-۸-۲۳- نحوه تشخیص آنرا مشخص کنید	خیر	بله	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oliguric/anuric
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creatinine

۲۴-۸- TIA	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
۲۵-۸- Stroke	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز

اگر بله

۱-۸-۲۵- نوع آن را مشخص کنید	خیر	بله	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایسکمیک
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هموراژیک

۲۶-۸- Urinary retention	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
۲۷-۸- New decubitus ulcers (bed sores)	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
۲۸-۸- Rhabdomyolysis	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
۲۹-۸- Jaundice	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
۳۰-۸- Hepatitis	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
۳۱-۸- Liver failure	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
۳۲-۸- کوله سیست حاد یا کولیک صفراوی	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
۳۳-۸- سنگ کیسه صفرا/ کلستاز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز
۳۴-۸- آریتمی	<input type="checkbox"/> -۰ خیر	<input type="checkbox"/> -۱ بله	<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز

<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	Persistent Tachycardia-۸-۳۵
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	Myocardial infarction-۸-۳۶
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	Cardiac arrest-۸-۳۷
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	Neuropathy-۸-۳۸
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	Myalgia paresthesia-۸-۳۹
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	Low back pain-۸-۴۰
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	Death-۸-۴۱
<input type="checkbox"/> در طی ۳۰ روز	<input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	۸-۴۲- هر رویداد غیر مترقبه دیگر (نوع آن را مشخص کنید: _____)

پیوست ۷- کدها برای تشخیص های احتمالی عوارض

تشخیص احتمالی برای عوارض	کد	تشخیص احتمالی برای عوارض	کد
Wound infection/evisceration	۸	Anastomotic leak	۱
Fluid or electrolyte depletion	۹	Other abdominal sepsis	۲
Vomiting or poor intake	۱۰	Intestinal obstruction	۳
Gastric distension	۱۱	DVT	۴
Strictures	۱۲	Pulmonary embolism	۵
Bleeding	۱۳	Pneumonia	۶
Infection/fever	۱۴	Other respiratory failure	۷
Other	۱۵		

پیوست ۸- ارزیابی یک، سه، شش ماهه و سالیانه:

نام و نام خانوادگی: _____		تاریخ تکمیل فرم: _____/_____/_____	
شماره پرونده بیمار: _____		تاریخ ورود اطلاعات: _____/_____/_____	
فرم پیگیری یکماهه			
۱- این سوال را کسانی که بیرون از منزل شاغل هستند پاسخ دهند:			
روز _____	۱-۱- به دلیل جراحی چاقی چند روز کاری از محل کار خود غیبت داشتید؟ (کسانی که کار نیمه وقت دارند هر ۲ روز را یک روز حساب کنند)		
روز _____	۱-۲- به دلیل جراحی چاقی چند روز تحصیلی از محل تحصیل خود غیبت داشتید؟ (کسانی که به طور پاره وقت تحصیل میکنند هر ۲ روز را یک روز حساب کنند)		
۲- این سوال را کسانی که بیرون از منزل شاغل نیستند پاسخ دهند:			
روز _____	۱-۲- به دلیل جراحی چاقی چند روز شما قادر به انجام وظایف عادی خانگی خود در منزل نبودید؟ مانند تمیز کردن منزل، پخت و پز، مراقبت از خود، اعضای خانواده و یا بچه ها		
۳- اندازه گیری ها: تاریخ اندازه گیری توسط پزشک: _____/_____/_____			
۱-۳- وزن __ __ کیلوگرم	۲-۳- درصد چربی بدن __ __ . __ __ % (در صورت اندازه گیری)		
۳-۳- قد __ __ سانتی متر	۴-۳- BMI: _____		
۵-۳- RR: _____ (pm)	۶-۳- ضربان قلب در حال استراحت: __ __ (bpm)		
۷-۳- فشار خون بار اول __ __ / __ __ (mmHg) دیاستولیک / سیتولیک	۸-۳- فشار خون بار دوم __ __ / __ __ (mmHg) دیاستولیک / سیتولیک		
محل اندازه گیری فشار خون را مشخص کنید: <input type="checkbox"/> راکتال <input type="checkbox"/> رادیال <input type="checkbox"/> سایر (ذکر کنید: _____)			
۹-۳- اندازه دور کمر (۲ بار اندازه گیری را گزارش کنید)		۱۰-۳- اندازه دور گردن (۲ بار اندازه گیری را گزارش کنید)	
_____ سانتیمتر		_____ سانتیمتر	
_____ سانتیمتر		_____ سانتیمتر	
۱۱-۳- اندازه دور مچ _____ سانتیمتر		۱۲-۳- اندازه دور باسن _____ سانتیمتر	
۴- نتیجه معاینات: به یا خیر را علامت بزنید و اگر انجام شده نتیجه را وارد کنید			
خیر	بله	نامعلوم	اگر بله
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ادم اندام های فوقانی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ادم اندام های تحتانی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	واریس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاهده هر گونه دفورمیتی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاهده هر گونه زخم
۵- چند سوال زیر در مورد روشهایی که شما بعد از جراحی چاقی خود انجام داده اید می باشد:			
۱- آیا بعد از عمل جراحی ، به متخصص یا مشاور روان برای کنترل وزن خود مراجعه کرده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (چند بار: _____)			
۲- آیا بعد از عمل جراحی ، به متخصص یا مشاور تغذیه برای کنترل وزن خود مراجعه کرده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (چند بار: _____)			
۳- آیا بعد از عمل جراحی ، در جلسات تمرین ورزشی گروهی برای کنترل وزن خود شرکت کرده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (چند هفته: _____)			
۴- آیا بعد از عمل جراحی به هر علتی در بیمارستان بستری شده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
۵- آیا بعد از عمل جراحی به هر علتی بطور سرپایی تحت درمان قرار گرفته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر بله فرم عوارض ۶ ماهه تکمیل شود			

نتایج آزمایشات بیمار ۶ ماه بعد از جراحی

نام و نام خانوادگی:	کد ملی بیمار: _____
شماره پرونده بیمار:	تاریخ ورود اطلاعات:/...../.....

خون

انجام نشده	تاریخ انجام آزمایشات		
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	(g/dl)	Hemoglobin
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	(%)	Hematocrit
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	($10^3/\text{mm}^3$)	Platelet
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	mm^3	Total White Count
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	(mg/dl)	Fasting Glucose
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	(%)	Hemoglobin A1C
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	(mg/dl)	Triglycerides
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	(mg/dl)	HDL
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	(mg/dl)	LDL
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	(mg/dl)	Total Cholesterol
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	(IU/L)	SGOT
<input type="checkbox"/>/...../۱۳	(IU/L)	SGPT

پیوست ۱۰- ارزیابی عوارض ۶ ماه و یک سال بعد از جراحی

نام و نام خانوادگی:		تاریخ تکمیل فرم/...../.....	
شماره پرونده بیمار ---____---		تاریخ ورود اطلاعات/...../.....	
<p align="center">فرم ارزیابی عوارض بعد از جراحی شش ماهه و سالیانه</p>			
تاریخ جراحی :/...../.....		مکان جراحی:	
بله	خیر	تاریخ آخرین تماس	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شخص بیمار به طور حضوری/...../.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شخص بیمار به طور تلفنی/...../.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نماینده بیمار/...../.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پزشک دیگر/...../.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بررسی پرونده بیمار/...../.....
۲- طول مدت بستری در بیمارستان بعد از جراحی: ____ روز		۳- محل بعد از ترخیص:	
		۱- خانه	۳- ترخیص نشده
		۲- بیمارستان دیگر	۴- سایر (ذکر کنید: _____)
<p>۴- آیا بیمار فوت کرده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله <u>اگر بله:</u> تاریخ فوت:/...../.....</p>			
اگر خیر،			
<p>۴-۱ تاریخ به روز رسانی وضعیت:/...../..... (آخرین باری که از زنده بودن بیمار اطلاع داریم)</p>			
<p>۵- آیا بیمار بعد از ترخیص اولیه مجدداً بستری شده؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله</p>			
اگر بله،			
<p>۵-۱ تعداد دفعات بستری: _____</p> <p>۵-۲ تاریخ اولین زمان بستری:/...../.....</p> <p>۵-۳ آیا هیچ یک از این موارد به حوادث قلبی-عروقی مربوط بوده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله</p>			
<p>۶- آیا بیمار بعد از ترخیص از بیمارستان دچار عوارض شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله</p>			
اگر بله،			
۶-۱ عفونت زخم		<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
Fascial dehiscence		<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
اگر بله،			

۶-۲-۱ آیا محل زخم در طی ۳۰ روز بعد از جراحی باز شده است؟ <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۲-۲ آیا محل زخم در طی ۳۰ روز بعد از جراحی باز شده است نیاز به پک شدن و بانداز داشته؟ <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۳ انسداد روده باریک <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
اگر بله،	
۶-۳-۱ نوع انسداد را مشخص کنید: <input type="checkbox"/> -۱ Partial obstruction <input type="checkbox"/> -۲ Complete obstruction	۶-۳-۲ علت انسداد را مشخص کنید: <input type="checkbox"/> -۱ Internal hernia <input type="checkbox"/> -۲ Adhesions <input type="checkbox"/> -۳ Anastomotic anatomy <input type="checkbox"/> -۴ obstructed JJ <input type="checkbox"/> Anastomosis <input type="checkbox"/> -۵ ناشناخته <input type="checkbox"/> -۶ سایر (ذکر کنید)
۶-۴ Incisional/ventral hernia <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۵ Acute cholecystitis/biliary colic <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۶ Common bile duct stones/cholangitis <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۷ Stomal/gastric outlet obstruction <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۸ Stapleline breakdown <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۹ Anastomotic stricture (گاستروژنوستومی) <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۱۰ Anastomotic stricture (ژژونوژنوستومی) <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۱۱ Gastric band stenosis <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۱۲ Gastric band erosion <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۱۳ Gastric band slippage <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۱۴ Gastric band leakage <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۱۵ Port or tube problems <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۱۶ پرو لاپس معده <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۱۷ Esophageal motility disorder or dilation <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
۶-۱۸ گاستروازوفازیال ریفلاکس <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	
اگر بله، چگونه تشخیص داده شده؟ <input type="checkbox"/> -۱ علائم <input type="checkbox"/> -۲ PH probe (مقدار اندازه گیری شده)	
۶-۱۹ Pancreatitis <input type="checkbox"/> -۰ خیر <input type="checkbox"/> -۱ بله	

اگر بله،

۶-۲۰- سندرم دامپینگ اولیه (تهوع، نفخ، اسهال و کولیت)		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۲۱- سندرم دامپینگ تاخیری (سرگیجه، طپش قلب و تعریق)		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۲۲- تهوع و استفراغ		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۲۲-۱ جدول زیر را کامل کنید:			
شدت*		تناوب**	
عارضه	هیچ (۰)	خفیف (۱)	متوسط (۲)
تهوع	هیچ (۰)	خفیف (۱)	متوسط (۲)
استفراغ	هیچ (۰)	خفیف (۱)	متوسط (۲)
هیچ: این عارضه را ندارد		هیچ: این عارضه را ندارد	
خفیف: معمولاً رخ نمی دهد		بندرت: ۱ بار در هفته	
متوسط: رخ می دهد ولی نیاز به اقدام اورژانس نیست		گاهی: ۲ تا ۳ بار در هفته	
شدید: معمولاً رخ می دهد و آنقدر شدید است که نیازمند مداخله اورژانسی است.		مکرر: ۴ تا ۶ بار در هفته	
خیلی شدید: نیازمند بستری یا ماندن در رختخواب		به کرات: ۷ بار یا بیشتر در هفته	
۶-۲۳- نفخ یا باد شکم/تعریف شده به عنوان تعارض با زندگی عادی)		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۲۴- اسهال مداوم (تعریف شده به عنوان تعارض با زندگی عادی)		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۲۵- یبوست (تعریف شده به عنوان تعارض با زندگی عادی)		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۲۶- دهیدراتاسیون (تعریف شده به عنوان بستری شدن)		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۲۷- نارسایی حاد کلیه		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۲۸- نارسایی کبد		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۲۹- سکته قلبی		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۳۰- ایست قلبی		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	
۶-۳۱- سایر عوارضی که نیازمند اقدامات غیر معمول است (ذکر کنید: _____)		<input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله	

۷- آیا بیمار بعد از جراحی مجدداً نیاز به جراحی شده است؟ □+ - خیر □۱- بله

اگر بله، تمام جراحی‌ها و یا درمان ضد انعقاد خون‌های بعد از جراحی برای کنترل وزن را در جدول زیر مشخص کنید:

خیر	بله	رویداد	تاریخ رویداد بعد از جراحی	علت احتمالی رویداد (کدهای صفحه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷-۱- جراحی مجدد شکم		
		۱-۱-۷- نحوه انجام جراحی	<input type="checkbox"/> ۱- لاپاراسکوپی	
			<input type="checkbox"/> ۲- لاپاراسکوپی که به جراحی باز تبدیل شد	
			<input type="checkbox"/> ۳- جراحی باز	
		۷-۱-۲- پروسه را مشخص کنید:	خیر	بله
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> الف- گذاشتن درن
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ب- گاستروستومی
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ج- اصلاح آناستوموز
				نوع اصلاح را ذکر کنید:
				<input type="checkbox"/> GJ
				<input type="checkbox"/> JJ
				<input type="checkbox"/> DJ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> د- قرار دادن بند
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ه- اصلاح بند/پورت
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> و- Wound revision or evisceration
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ز- Re-exploration
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ح- سایر ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷-۲- آنتوبه شدن مجدد		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷-۳- تراکتوستومی		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷-۴- آندوسکوپی		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷-۵- قرار دادن درن زیر پوستی		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷-۶- مصرف ضد انعقادی برای DVT احتمالی یا قطعی		
		n/a	n/a	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷-۷- مصرف ضد انعقادی برای PE احتمالی یا قطعی	n/a	n/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷-۸- بستری مجدد ۱(سایر) ذکر کنید:/...../.....	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷-۹- بستری مجدد ۲(سایر) ذکر کنید:/...../.....	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷-۱۰- بستری مجدد ۳(سایر) ذکر کنید:/...../.....	

۸- آیا بیمار درمان ضد انعقادی برنامه ریزی شده ای دریافت کرده است؟ + - خیر ☐ ۱- بله

اگر بله،

درمانی		پروفیلاکسی							
بار در روز	مدت درمان (روز)	بله	خیر	بار در روز	مدت درمان (روز)	بله	خیر	بله	خیر
---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سایر (ذکر کنید: _____)		<input type="checkbox"/> ۶۰ میلی گرم		<input type="checkbox"/> ۴۰ میلی گرم		<input type="checkbox"/> ۲۰ میلی گرم		دز را مشخص کنید:	
---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	---	---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								سایر ضد انعقادها	
								نامش را ذکر کنید: _____ و دزش را مشخص کنید: _____	

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تکمیل فرم / /
شماره پرونده بیمار	تاریخ ورود اطلاعات / /

فرم پیامدهای ۶ ماهه و سالیانه بعد از جراحی

دستورالعمل: این فرم باید برای هر بستری شدن در بیمارستان یا مراجعه سرپایی بیمار جراحی شده در ۶ یا ۱۲ ماه گذشته پر شود. در ویزیت سال اول از لفظ "۶ ماه گذشته" و در ویزیت سال دوم از لفظ "۱۲ ماه گذشته" استفاده شود.

۱- نام و آدرس بیمارستان یا کلینیک	
نام:	آدرس:
شهر:	استان:
۲- تاریخ پذیرش یا بستری: / /	
۳- نحوه درمان:	۱- بستری
	۲- سرپایی
فقط برای نحوه درمان بستری	
۳-۱ مکان بیمار بعد از ترخیص	۱- خانه
	۲- بیمارستان دیگر
۳-۲ تاریخ ترخیص: / /	۳- سایر:
۳-۳ اگر مکان بعد از ترخیص غیر از خانه است، مدت زمان اقامت در بیمارستان دیگر یا مرکز توانبخشی را ذکر کنید: _____ روز	
۴- علت درمان (برای هر کدام بله یا خیر را پر کنید)	

بله	خیر	بله	خیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بعلت تشخیص قلبی-عروقی		بعلت دستگاه گوارش یا جراحی باریاتریک	
<u>اگر بله</u>		<u>اگر بله</u>	
خیر	بله	خیر	بله
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest pain or angina		Stomal/gastric outlet obstruction	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myocardial infarction		Small bowel obstruction	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congestive heart disease		Other wound complication	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIA/Stroke		Infection from GI leak	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PE/DVT		GI bleeding	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هر تشخیص دیگری که به قلب و عروق مرتبط است: ()		GI tract symptoms	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۵- آیا خلاصه پرونده یا گزارش پزشکی برای علت درمان وجود دارد؟

☐ ۰- خیر ☐ ۱- بله ☐ ۲- خلاصه پرونده در انتظار تایید نهایی

۶- مشخص کنید در مدت بستری یا درمان سرپایی چه اقداماتی برای بیمار انجام شده است؟

	بله	خیر
<u>اقدامات قلبی-عروقی</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>اگر بله</u>		
<p>Cardiac catheterization <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Percutaneous coronary intervention angioplasty <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Coronary artery bypass graft surgery <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Peripheral vascular catheter-based intervention <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>سایر (ذکر کنید: _____) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	بله	خیر
<u>اقدامات تنفسی</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>اگر بله</u>		
<p>Mechanical ventilation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Supplemental oxygen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>سایر (ذکر کنید: _____) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	بله	خیر
<u>اقدامات سیستم ادراری</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>اگر بله</u>		

	بله	خیر
<u>اقدامات مربوط به دستگاه گوارش</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>اگر بله</u>		
<p>Upper GI tract endoscopy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ventral hernia repair <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Exploratory laparotomy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Wound incision, evisceration or revision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Wound drainage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Lysis of adhesions <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Gastric revision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Gastrostomy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anastomotic revision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Band/port revision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Band replacement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Operative drain placement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Placement of percutaneous drain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Re-exploration <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Other revision of bariatric surgery <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> ذکر کنید: _____</p> <p>Reversal of bariatric surgery <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> ذکر کنید: _____</p> <p>Removal of excess skin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	بله	خیر

Dialysis (سایر (ذکر کنید: _____)	بله	خیر
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Other GI tract or bariatric surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
related ذکر کنید: _____		

سایر	بله	خیر
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

اگر بله

اقدامات انتخابی (Elective)

بله	خیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

اگر بله

Non-elective procedure not specified (سایر (ذکر کنید: _____)	بله	خیر
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	بله	خیر
Cholecystectomy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopedic procedure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hysterectomy procedure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastic procedures other than removal of excess skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liposuction or liposculpture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(سایر (ذکر کنید: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۷- آیا خلاصه پرونده یا گزارش پزشکی اقداماتی که انجام شده وجود دارد؟

☐ ۰- خیر ☐ ۱- بله ☐ ۲- خلاصه پرونده در انتظار تایید نهایی

۸- آیا بستری شدن یا مراجعه سرپایی برای یک عمل جراحی اتفاق افتاده است؟ ☐ ۰- خیر ☐ ۱- بله

اگر بله

۸-۱- آیا جراحی مجدد بر روی شکم بوده است؟ <input type="checkbox"/> ۰- خیر <input type="checkbox"/> ۱- بله		
۱- لاپاروسکوپی	۲- لاپاروسکوپی که به جراحی باز منجر شد	۳- جراحی باز
اگر بله نحوه انجام آن را مشخص کنید:		