

پرسشنامه ثبت اطلاعات بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون

طرح ثبت بیماری پارکینسون دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نام و نام خانوادگی پرسشگر:/...../..... تاریخ تکمیل پرسشنامه:/...../.....

مشخصات دموگرافیک بیمار	
نام بیمار*: نام خانوادگی بیمار*: جنس: مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/> تاریخ تولد*: 13..... قومیت بیمار*: فارس <input type="checkbox"/> آذری <input type="checkbox"/> ترکمن <input type="checkbox"/> گُرد <input type="checkbox"/> لُر <input type="checkbox"/> بلوچ <input type="checkbox"/> قشقایی <input type="checkbox"/> شاهسون <input type="checkbox"/> تالشی <input type="checkbox"/> عرب <input type="checkbox"/> زمینۀ فعالیت شغلی قبلی/ زمینۀ فعالیت شغلی فعلی بیمار*: تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> آخرین مدرک تحصیلی بیمار: بی سواد <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> پایین تر <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکترا <input type="checkbox"/> شهر محل سکونت بیمار: تلفن تماس بیمار: نشانی پست الکترونیک بیمار: نشانی پستی بیمار:	

اطلاعات زمینه ای پزشکی بیمار	
قد بیمار: متر و سانتی متر وزن بیمار: کیلوگرم دست غالب بیمار*: راست <input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> گروه خونی بیمار: O ⁺ <input type="checkbox"/> O ⁻ <input type="checkbox"/> AB ⁺ <input type="checkbox"/> AB ⁻ <input type="checkbox"/> B ⁺ <input type="checkbox"/> B ⁻ <input type="checkbox"/> A ⁺ <input type="checkbox"/> A ⁻ <input type="checkbox"/>	

سابقه عادات مرتبط با سلامت بیمار	
<p>مصرف قهوه*: هرگز <input type="checkbox"/> (نیازی به پاسخدهی به سایر سوالات این بخش ندارید.) کمتر از دو فنجان در هفته برای مدت سال ماه <input type="checkbox"/> دو تا شش فنجان در هفته برای مدت سال ... ماه <input type="checkbox"/> یک یا دو فنجان روزانه برای مدت ... سال ... ماه <input type="checkbox"/> سه تا پنج فنجان روزانه برای مدت سال ... ماه <input type="checkbox"/> بیش از 6 فنجان روزانه برای مدت سال ماه <input type="checkbox"/> اولین بار چه زمانی قهوه نوشیده است؟ 13..... آیا اکنون قهوه می نوشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (از چه سالی نوشیدن قهوه را رها کرده است؟ 13.....)</p> <p>استعمال دخانیات*(سیگار): هرگز <input type="checkbox"/> (نیازی به پاسخدهی به سایر سوالات این بخش ندارید.) در طول عمرش کمتر از 100 نخ سیگار استعمال کرده است <input type="checkbox"/> (نیازی به پاسخدهی به سایر سوالات این بخش ندارید.) کمتر از نصف پاکت سیگار روزانه برای مدت سال ماه <input type="checkbox"/> بیشتر یا مساوی نصف پاکت و کمتر از یک پاکت سیگار روزانه برای مدت سال ... ماه <input type="checkbox"/> بیشتر یا مساوی یک پاکت سیگار روزانه و کمتر از 2 پاکت سیگار برای مدت سال ... ماه <input type="checkbox"/> بیشتر یا مساوی دو پاکت سیگار روزانه برای مدت سال ماه <input type="checkbox"/> اولین بار چه زمانی سیگار مصرف کرده است؟ 13..... آیا اکنون سیگار میکشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (آخرین نوبت مصرف سیگار: ماه پیش) استعمال دخانیات (غیر از سیگار): بله <input type="checkbox"/> (قلیان <input type="checkbox"/> بیپ <input type="checkbox"/> سایر:) خیر <input type="checkbox"/></p> <p>فعالیت جسمانی*: چند ساعت در هفته فعالیت جسمانی شدید (شامل: بالا رفتن از پله ها به عنوان ورزش روزانه <input type="checkbox"/> شنا <input type="checkbox"/> بدنسازی <input type="checkbox"/>) انجام میدهد؟ چند ساعت در هفته فعالیت بدنی متوسط (شامل: کوهنوردی <input type="checkbox"/> پیاده روی سریع <input type="checkbox"/> یوگا <input type="checkbox"/> رقص <input type="checkbox"/> پیلاتس <input type="checkbox"/> ورزش های هوازی داخل استخر <input type="checkbox"/>) انجام میدهد؟ چند ساعت در هفته فعالیت بدنی ملایم (شامل: پیاده روی با سرعت آهسته <input type="checkbox"/> انجام کارهای روزانه منزل <input type="checkbox"/> انجام فعالیت های روتین در حالت نشسته <input type="checkbox"/>) انجام میدهد؟ مصرف الکل: هرگز <input type="checkbox"/> کمتر یا مساوی یک بار در ماه برای مدت سال ماه <input type="checkbox"/></p>	

پرسشنامه ثبت اطلاعات بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون

طرح ثبت بیماری پارکینسون دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دو تا چهار بار در ماه برای مدت ... سال ... ماه
دو تا چهار بار در هفته برای مدت ... سال ... ماه
بیشتر از چهار بار در هفته برای مدت ... سال ... ماه

سوابق مشکلات مرتبط با سلامت بیمار*

بیماری نورولوژیک: ندارد صرع سکته مغزی ام اس دمانس سایر بیماری های نورولوژیک:
سایر بیماریها: ندارد تروما به سر بیماری قند خون بیماری چربی خون بیماری فشار خون بیماری قلبی پرکاری تیروئید کم کاری تیروئید بزرگی خوش خیم پروستات بیماری روماتولوژیک سرطان جراحی نورولوژیک مشکلات روانی سایر:

سوابق دارویی بیمار*

سابقه قلبی مصرف هیچ دارویی ندارد سابقه DBS: بله خیر
سابقه قلبی مصرف دارو دارد (نام دارو: دارو های مرتبط با پارکینسون: Madopar Isicome Levodopa-c Levodopa-c Pramipexole-ER Pramipexole Sifrol Restin Pexola Levoparkin Norstor fort دارو های مرتبط با سایر بیماریها:
(.....)

سابقه بیماری پارکینسون*

تاریخ شروع اولین علائم بیماری: 13
اولین علامت بیماری: Tremor Bradykinesia Rigidity
اندام درگیر: اندام فوقانی راست اندام فوقانی چپ اندام تحتانی راست اندام تحتانی چپ سایر:
سابقه پارکینسون در خانواده: دارد (نسبت با بیمار:)
سابقه مشکلات نورولوژیک (غیر از پارکینسون) در خانواده: دارد (نام بیماری: نسبت با بیمار:)
ندارد

پرسشنامه ثبت اطلاعات بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون

طرح ثبت بیماری پارکینسون دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ارزیابی از وضعیت فعلی بیماری پارکینسون در بیمار*

Non-motor aspects of experiences of daily living*				
Cognitive impairment	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Hallucinations and psychosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Depressed mood	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Anxious mood	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Apathy	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Features of dopamine dysregulation syndrome (DDS)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Nighttime sleep problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Daytime sleepiness	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Pain and other sensations (Sensory complaints related to Parkinsonism)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Urinary problems	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Constipation problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Light headedness on standing	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Fatigue	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		

Motor aspects of experiences of daily living*				
Speech	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Salivation and drooling	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Chewing and swallowing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Eating tasks	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Dressing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Hygiene	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Handwriting	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Doing hobbies and other activities	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Turning in bed	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Tremor	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Getting out of bed, car, or deep chair	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Walking and balance	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Freezing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		

Stage of PD (Modified Hoehn and Yahr Scale)*	
<input type="checkbox"/> 1	(Unilateral involvement only)
<input type="checkbox"/> 1.5	(Unilateral and axial involvement)
<input type="checkbox"/> 2	(Bilateral involvement without impairment of balance)
<input type="checkbox"/> 2.5	(Mild bilateral disease with recovery on pull test)
<input type="checkbox"/> 3	(Mild to moderate bilateral disease; some postural instability; physically independent)
<input type="checkbox"/> 4	(Severe disability; still able to walk or stand unassisted)
<input type="checkbox"/> 5	(Wheelchair bound or bedridden unless aided)

Motor Complications*	
Motor fluctuations: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dyskinesia: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

MRI finding: <input type="checkbox"/> Atrophy <input type="checkbox"/> Small vessel change <input type="checkbox"/> Basal ganglia abnormalities <input type="checkbox"/> Other:
--