

ضمیمه شماره ۱: چک لیست مورد استفاده برای جمع آوری داده های دموگرافیک و بالینی بیماران تحت درمان اورولوژی ترمیمی

نام و نام خانوادگی:		کد ملی بیمار:
نام پزشک معالج:		نام پزشک ارجاع دهنده بیمار:
آدرس منزل:		
استان:		
شهرستان:		
شهر/روستا:		
تاریخ تولد:		شماره تلفن همراه:
		شماره تماس:
وضعیت تاهل		<input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/> مجرد
		<input type="radio"/> بیوه <input type="radio"/> از همسر جداشده
تحصیلات		<input type="radio"/> بیسواد <input type="radio"/> زیر دیپلم <input type="radio"/> دیپلم <input type="radio"/> فوق دیپلم <input type="radio"/> لیسانس <input type="radio"/> لیسانس/دکتر
شغل		<input type="radio"/> بیکار <input type="radio"/> کارمند بخش خصوصی <input type="radio"/> کارمند بخش دولتی <input type="radio"/> آزاد <input type="radio"/> بازنشسته <input type="radio"/> سایر (ذکر شود).....
بیماری فعلی:		LUTS
معاینه ی فیزیکی:		
<input type="radio"/> AUR	<input type="radio"/> CIC	<input type="radio"/> پروستاتکتومی

<input type="radio"/> DVID	<input type="radio"/> تروما & مکانیسم	<input type="radio"/> ختنه	سابقه بالینی و جراحی:
<input type="radio"/> یاتروژنیک	<input type="radio"/> یورتروپلاستی	<input type="radio"/> BXO	
سایر....			
<input type="radio"/> کاهش میل جنسی	<input type="radio"/> سوء عملکرد نعوظ	سابقه اختلالات جنسی	
<input type="radio"/> اختلال ارگاسم	<input type="radio"/> انزال زودرس		
.....			سابقه مصرف داروها:
.....			سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری:
.....CRBUNCBC	داده های آزمایشگاهی:
.....سایر.....UCUA	
مجاری قدامی		مجاری خلفی	
(۱) تعداد و نوع تنگی (۲) موقعیت هر تنگی (۳) طول هر تنگی (۴) اتیولوژی (۵) قطر لومن و طول هر تنگی (۶) علائم کاربردی هر کدام از تنگی ها (۷) درجه اختلال عملکرد voiding (۸) گردن مثانه (۹) ورومونتانوم		(۱) تعداد و نوع تنگی (۲) موقعیت هر تنگی (۳) طول هر تنگی (۴) اتیولوژی (۵) قطر لومن و طول هر تنگی (۶) درگیری مه آ (۷) اسپونژیوسوم کورپوس	
dynamic		PVR	
		Flexible cystectomy	
		Voiding cystourethrogram	

		static
		Retrograde urethrography
		جراحی
مجرای ادراری قدامی	مجرای ادراری خلفی	
غدد و گلانوپلاستی.....	بررسی وضعیت گردن مثانه.....	
<input type="radio"/> از دست دادن پوست	<input type="radio"/> فلاپ اومنتال	
<input type="radio"/> اسپونژیوپلاستی	<input type="radio"/> پابکتومی	
<input type="radio"/> فلپ تونیکا واژینالیست	<input type="radio"/> تقسیم اجسام کورپرال	
مدت زمان جراحی.....	مدت زمان جراحی.....	
اپتلیوم مجرای:.....	اپتلیوم مجرای:.....	
کشش:.....	کشش:.....	
طول دیفکت:.....	طول دیفکت:.....	
تکنیک عمل جراحی		
	اگمنت های پس از قطع مجرا	Augmented transecting
	اگمنت های بدون قطع مجرا	Augmented non-transecting
	گرفت آنالوگ و نترال	Visual onlay graft
	گرفت آنالوگ دورسال	Dorsal onlay graft
	گرفت آنالوگ اینلی	Inlay graft
	گرفت پوست آلت	

			Penile skin graft
			فلاپ و گرفت ترکیبی Combined flap and graft
			دو مرحله ای ارتوپلاستی Two-stage urethroplasty
پس از جراحی			
			کاتتر فولی Foley catheter:
			اوروفلومتری
			IPSS
			مقیاس تنگی مجرا
			نعوظ
			سیستوسکوپی
عوارض:			
پیگیری			
			یافته ها
		عکس	
	کامنت		
		توضیحات دیگر	
			۱
			۲
			۳
			۴

پرسشنامه علائم پروستات (Index for Prostate Symptom Score-IPSS)

تقریباً همیشه	بیش از نیمی از اوقات	نیمی از اوقات	کمتر از نیمی از اوقات	کمتر از یکبار	وجود ندارد	۱- تخلیه ناکامل: در یک ماه گذشته چندبار احساس عدم تخلیه کامل ادرار را داشته اید؟
تقریباً همیشه	بیش از نیمی از اوقات	نیمی از اوقات	کمتر از نیمی از اوقات	کمتر از یکبار	وجود ندارد	۲- تکرر: در خلال یک ماه گذشته طی دو ساعت پس از ادرار کردن چندبار نیاز به تخلیه مجدد ادرار داشته اید؟
تقریباً همیشه	بیش از نیمی از اوقات	نیمی از اوقات	کمتر از نیمی از اوقات	کمتر از یکبار	وجود ندارد	۳- قطع و وصل جریان ادرار: در یک ماه گذشته حین ادرار کردن اغلب ادرار شما متوقف شده و مجدداً جریان می یابد؟
تقریباً همیشه	بیش از نیمی از اوقات	نیمی از اوقات	کمتر از نیمی از اوقات	کمتر از یکبار	وجود ندارد	۴- احساس فوریت: در یک ماه گذشته آیا در اغلب موارد نگه داشتن ادرار برای شما مشکل بوده است؟
تقریباً همیشه	بیش از نیمی از اوقات	نیمی از اوقات	کمتر از نیمی از اوقات	کمتر از یکبار	وجود ندارد	۵- کاهش جریان: آیا در یک ماه گذشته جریان ادرار شما ضعیف تر از گذشته شده است؟
تقریباً همیشه	بیش از نیمی از اوقات	نیمی از اوقات	کمتر از نیمی از اوقات	کمتر از یکبار	وجود ندارد	۶- زورزدن: در یک ماه گذشته برای شروع جریان ادرار مجبور به اعمال فشار و زور بوده اید؟
۵ بار یا بیشتر	۴ بار	۳ بار	۲ بار	۱ بار	هیچ وقت	۷- شب ادراری: در یک ماه گذشته چندبار از خواب بیدار می شدید تا ادرار را تخلیه کنید؟
اگر فرد هریک از علائم اداری بالا را دارد سوالات زیر از او پرسیده شود:						

احساس اضطراب دارم	نراحتم	اغلب ناراضی هستم	حالتی بین رضایت و عدم رضایت	خوشحال/اغلب راضی هستم	از زندگی لذت می برم	۸- اگر قرار باشد مابقی عمر خود را با مشکلات ادراری که در بالا ذکر شده بگذرانید چه احساسی خواهید داشت؟
		از نمره ۰ تا ۵ (۵ نشانه بهترین و ۰ نشانه ضعیف ترین کیفیت زندگی) به کیفیت زندگی خودتان با وجود مشکلات ادراری چه امتیازی می دهید؟				

پرسشنامه بررسی عملکرد جنسی در مردان (International Index for Erectile Function-IIIEF)

کم <input type="checkbox"/> خیلی زیاد <input type="checkbox"/>	خیلی کم <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/>	عدم فعالیت جنسی <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/>	۱- در ۶ ماه گذشته در مورد تعداد دفعات نعوظ و نگهداری آن تا پایان آمیزش چقدر موفق بوده اید؟
کمتر از نصف موارد <input type="checkbox"/> تقریباً همیشه <input type="checkbox"/>	تقریباً هرگز <input type="checkbox"/> بیشتر از نصف موارد <input type="checkbox"/>	عدم فعالیت جنسی <input type="checkbox"/> تقریباً نصف موارد <input type="checkbox"/>	۲- در ۶ ماه گذشته زمانی که با تحریک جنسی نعوظ داشته اید چندبار نعوظ شما جهت دخول کافی به نظر رسیده است؟
کمتر از نصف موارد <input type="checkbox"/> تقریباً همیشه <input type="checkbox"/>	تقریباً هرگز <input type="checkbox"/> بیشتر از نصف موارد <input type="checkbox"/>	اقدامی جهت مقاربت نمی شود <input type="checkbox"/> تقریباً نصف موارد <input type="checkbox"/>	۳- در ۶ ماه گذشته چندبار قدرت این را داشته اید که بعد از دخول نعوظ خود را حفظ کنید؟
بسیار مشکل <input type="checkbox"/> بدون اشکال <input type="checkbox"/>	بسیار بسیار مشکل <input type="checkbox"/> کمی مشکل <input type="checkbox"/>	اقدامی جهت مقاربت نمی شود <input type="checkbox"/> مشکل <input type="checkbox"/>	۴- در ۶ ماه گذشته چقدر برای شما سخت بوده که نعوظ خود را تا پایان آمیزش جنسی حفظ کنید؟
کمتر از نصف موارد <input type="checkbox"/> تقریباً همیشه <input type="checkbox"/>	تقریباً هیچ وقت <input type="checkbox"/> اکثر مواقع (بیشتر از نصف موارد) <input type="checkbox"/>	اقدامی جهت نزدیکی نمی شود <input type="checkbox"/> تقریباً نصف موارد <input type="checkbox"/>	۵- در طی ۶ ماه گذشته چندبار از دفعات آمیزش جنسی برای شما رضایت بخش بوده است؟

Urethral Stricture Surgery Questionnaire (USS-Prom)

<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> برخی اوقات	<input type="checkbox"/> گهگاه	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات	<input type="checkbox"/> همیشه	۱. آیا پیش از شروع به ادرار کردن شما تاخیر وجود دارد؟
همیشه کاهش می یابد. <input type="checkbox"/>	اغلب اوقات کاهش می یابد <input type="checkbox"/>	گاهی گهگاهی کاهش می یابد <input type="checkbox"/>	برخی اوقات کاهش می یابد <input type="checkbox"/>	عادی است <input type="checkbox"/>	۲. قدرت جریان خروج ادرار شما
<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> برخی اوقات	<input type="checkbox"/> گهگاه	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات	<input type="checkbox"/> همیشه	۳. آیا برای ادامه خروج ادرارتان باید زور بزنید؟
<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> برخی اوقات	<input type="checkbox"/> گهگاه	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات	<input type="checkbox"/> همیشه	۴. آیا در هنگام ادرار کردن بیش از یکبار ادرارتان قطع و وصل می شود؟
<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> برخی اوقات	<input type="checkbox"/> گهگاه	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات	<input type="checkbox"/> همیشه	۵. چقدر پیش می آید که پس از ادرار کردن احساس کنید که ادرارتان کامل تخلیه نشده است؟
<input type="checkbox"/> هرگز	<input type="checkbox"/> برخی اوقات	<input type="checkbox"/> گهگاه	<input type="checkbox"/> اغلب اوقات	<input type="checkbox"/> همیشه	۶. چقدر پیش می آید که پس از ادرار کردن و پوشیدن لباس احساس کنید که شلوارتان خیس شده است؟
<input type="checkbox"/> نمی دانم	<input type="checkbox"/> خیلی زیاد	<input type="checkbox"/> زیاد	<input type="checkbox"/> تا حدودی	<input type="checkbox"/> اصلاً	۷. در مجموع مسائل مربوط به ادرار کردن شما چقدر روی زندگی روزمره شما تاثیر گذاشته است؟
<input type="checkbox"/> نمی دانم	نه کاملاً راضی <input type="checkbox"/> نیستم	نه راضی <input type="checkbox"/> نیستم	بله راضی هستم <input type="checkbox"/>	بله کاملاً راضی هستم <input type="checkbox"/>	۸. آیا از نتیجه ی عمل جراحی خود رضایت دارید؟
وضعیت ادرار کردنم خوب نشده است و مشکلات دیگری هم پیش آمده است <input type="checkbox"/>	وضعیت ادرار کردنم خوب شده است ولی مشکلات دیگری پیش آمده است. <input type="checkbox"/>	وضعیت ادرار کردنم خوب شده است ولی مشکلات دیگری پیش آمده است. <input type="checkbox"/>	وضعیت ادرار کردنم خوب نشده است <input type="checkbox"/>	وضعیت ادرار کردنم خوب نشده است <input type="checkbox"/>	۹. دلیل ناراضی از عمل:
زمین گیر شده ام <input type="checkbox"/>	در راه رفتن کمی مشکل دارم <input type="checkbox"/>	در راه رفتن کمی مشکل دارم <input type="checkbox"/>	مشکلی در راه رفتن ندارم <input type="checkbox"/>	مشکلی در راه رفتن ندارم <input type="checkbox"/>	۱۰. تحرک

<p>قادر به شستشوی خود و پوشیدن لباس نیستم <input type="checkbox"/></p>	<p>شستشو خود و پوشیدن لباس مشکل دارم <input type="checkbox"/></p>	<p>مشکلی در مراقبت از خود ندارم <input type="checkbox"/></p>	<p>۱۱. فعالیت های روزانه مانند (کار، تحصیل، امور منزل، خانواده یا اوقات فراغت)</p>
<p>قادر به شستشوی خود و پوشیدن لباس نیستم <input type="checkbox"/></p>	<p>با شستشو خود و پوشیدن لباس مشکل دارم <input type="checkbox"/></p>	<p>مشکلی در مراقبت از خود ندارم <input type="checkbox"/></p>	<p>۱۲. خود مراقبتی</p>
<p>شدیدا احساس درد و ناراحتی دارم <input type="checkbox"/></p>	<p>تا حدودی درد و ناراحتی دارم <input type="checkbox"/></p>	<p>هیچگونه احساس درد و ناراحتی ندارم <input type="checkbox"/></p>	<p>۱۳. درد/ ناراحتی</p>
<p>شدیدا مضطرب یا افسرده هستم <input type="checkbox"/></p>	<p>تا حدودی مضطرب یا افسرده هستم <input type="checkbox"/></p>	<p>مضطرب یا افسرده نیستم <input type="checkbox"/></p>	<p>۱۴. اضطراب/ افسردگی</p>