

## فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک

### COPD

شماره پرونده بیمار/کد بیمار	کد ملی	تاریخ تکمیل فرم

نام و نام خانوادگی	جنسیت	سن	محل تولد	وضعیت تاهل
	مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>			مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> متارکه <input type="checkbox"/>

وزن	قد	BMI	بیماری خانوادگی	منبع اطلاعاتی	شغل
			دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	سرپایی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> مدارک پزشکی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	

تلفن ثابت	تلفن همراه

#### دخانیات

سیگار	<input type="checkbox"/> بله	سن شروع سیگار	تعداد پاکت در سال
	<input type="checkbox"/> خیر		
	<input type="checkbox"/> ترک کرده	سن شروع سیگار	سن ترک

قلیان	<input type="checkbox"/> بله	تفریحی <input type="checkbox"/>	روزانه <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> خیر		
	<input type="checkbox"/> ترک کرده		

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

#### مواد مخدر

مواد مخدر	<input type="checkbox"/> بله	سن شروع
	<input type="checkbox"/> خیر	
	<input type="checkbox"/> ترک کرده	سن شروع
نوع ماده مخدر	حشیش <input type="checkbox"/> تریاک <input type="checkbox"/> هرویین <input type="checkbox"/> کرک <input type="checkbox"/> شیشه <input type="checkbox"/> کوکائین <input type="checkbox"/> گل (ماری جوانا) <input type="checkbox"/> متادون <input type="checkbox"/> مورفین <input type="checkbox"/>	
نحوه استعمال	استنشاقی <input type="checkbox"/> خوراکی <input type="checkbox"/> تزریقی <input type="checkbox"/>	

مواجهه	<input type="checkbox"/> بله	(۱) گرد و غبار <input type="checkbox"/> (۲) معدن <input type="checkbox"/> (۳) دود تنور <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> خیر	
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
واکسیناسیون		

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری های زمینه ای
مشکل قلبی <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> فشار خون <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> پوکی استخوان <input type="checkbox"/> بیماری های روماتولوژیک <input type="checkbox"/> مشکل مغزی <input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> کیفواسکولیوز <input type="checkbox"/> سایر.....	

### اسپیرومتری

FEF <sub>25-75</sub> .....	FEV <sub>1</sub> /FVC.....	FVC.....	FEV <sub>1</sub> .....	اسپیرومتری
O <sub>2</sub> SAT.....	HCO <sub>3</sub> .....	PCO <sub>2</sub> .....	PH.....	ABG-VBG

تعداد دفعات حملات شدید COPD در ۱۲ ماه گذشته	صفر <input type="checkbox"/> یکبار <input type="checkbox"/> دوبار یا بیشتر از دوبار <input type="checkbox"/>
آخرین حمله	..... ماه

### تشدید COPD

افزایش خلط <input type="checkbox"/> افزایش خلط چرکی به رنگ سبز/زرد <input type="checkbox"/> بدتر شدن دیس پله بیمار <input type="checkbox"/>	کرایتریای ماژور
عفونت تنفسی راه های هوایی فوقانی بیش از ۵ روز <input type="checkbox"/> تب بدون علت مشخص <input type="checkbox"/> افزایش در ویز یا سرفه <input type="checkbox"/> افزایش در سرعت تنفس و یا افزایش میزان ضربان قلب بیش از ۲۰٪ از حد پایه <input type="checkbox"/> علائم و نشانه های غیر اختصاصی به همراه این یافته ها <input type="checkbox"/>	کرایترهای اضافه شده

### Epworth Sleeping Score

(۰ موردی وجود ندارد (۱) احساس چرت زدن کم است. (۲) احساس چرت زدن متوسط است. (۳) احساس چرت زدن بالاست.

۳	۲	۱	۰	۱. نشستن و مطالعه کردن
۳	۲	۱	۰	۲. تماشا کردن تلویزیون
۳	۲	۱	۰	۳. نشستن بدون فعالیت در مکان های عمومی (مانند جلسات)
۳	۲	۱	۰	۴. نشستن در ماشین به عنوان مسافر بدون توقف به مدت ۱ ساعت
۳	۲	۱	۰	۵. دراز کشیدن بر اساس استراحت در بعد از ظهر
۳	۲	۱	۰	۶. نشستن و صحبت کردن با کسی
۳	۲	۱	۰	۷. نشستن در آرامش بعد از نهار بدون مصرف الکل
۳	۲	۱	۰	۸. در ماشین وقتی در ترافیک ایستاده اید.

### یافته های آکوگاردیوگرافی

.....	EF
.....	PAP
۱. وجود ندارد <input type="checkbox"/> ۲. خفیف <input type="checkbox"/> ۳. متوسط <input type="checkbox"/> ۴. شدید <input type="checkbox"/>	RV
۱. وجود ندارد <input type="checkbox"/> ۲. خفیف <input type="checkbox"/> ۳. متوسط <input type="checkbox"/> ۴. شدید <input type="checkbox"/>	Diastolic Dysfunction

Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>LABA</b>
Seretide <input type="checkbox"/> Serflo <input type="checkbox"/> Symbicort <input type="checkbox"/>	<b>ICS plus LABA combination</b>
Salbotamole <input type="checkbox"/>	<b>Short acting <math>\beta</math>-agonists</b>
Atrovents <input type="checkbox"/>	<b>Short acting anticholinergics</b>
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Tiotropium bromide</b>

Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Antibiotic</b>
----------------------------------------------------------	-------------------

Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Oxygen therapy</b>
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>NIV</b>

Normal <input type="checkbox"/> Hyperinflation <input type="checkbox"/> Bulla <input type="checkbox"/> Prominent hilar shadow <input type="checkbox"/> Cardiomegaly <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/>	<b>Imaging</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

Normal <input type="checkbox"/> Emphysema <input type="checkbox"/> Air therapy <input type="checkbox"/> Enlargement pulmonary artery <input type="checkbox"/> Cardiomegaly <input type="checkbox"/> Mosaic pattern <input type="checkbox"/> Mass <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/>	<b>CT scan</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

### آزمون سنجش بیماری (CAT)

هرگز سرفه نمی کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	تمام مدت سرفه می کنم.
اصلا خلط سینه ندارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	سینه ام کاملا پر از خلط است.
احساس سنگینی قفسه سینه ندارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	احساس سنگینی قفسه سینه دارم.
نفس نفس نمی زنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	به شدت نفس نفس می زنم.
محدودیتی ندارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	محدودیت دارم.
علیرغم وضعیت ریوی با خیال راحت منزل را ترک می کنم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	هنگام خروج خیالم راحت نیست.
خواب خوبی دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	خواب خوبی ندارم.
انرژی زیادی دارم.	۰	۱	۲	۳	۴	۵	اصلا انرژی ندارم.

### آزمایشات:

WBC	Hgb	Hct	PLT	FBS	Urea	Ceratinine	Cholestrole	Triglyceride

HDL	LDL	AST	ALT	Alk	T3	T4	TSH	Ca	P	D3	ESR

## پرسشنامه سنت جورج:

لطفاً مشکلات تنفسی خود را در طول ۴ هفته گذشته شرح دهید.

۱. در طول یکماه گذشته سرفه داشته اید.
  - تقریباً هرروز  چندین روز در هفته  چندین روز در ماه  فقط هنگام عفونت  اصلاً
۲. آیا در طول یکماه گذشته خلط داشته اید.
  - تقریباً هرروز  چندین روز در هفته  چندین روز در ماه  فقط هنگام عفونت  اصلاً
۳. آیا در طول یکماه گذشته تنگی نفس داشته اید.
  - تقریباً هرروز  چندین روز در هفته  چندین روز در ماه  فقط هنگام عفونت  اصلاً
۴. آیا در طول یکماه گذشته خس خس داشته اید.
  - تقریباً هرروز  چندین روز در هفته  چندین روز در ماه  فقط هنگام عفونت  اصلاً
۵. در طول یکماه گذشته حملات شدید تنگی نفس و مشکلات ریوی داشته اید.
  - بیش از سه بار  سه بار  دو بار  یک بار  هیچ حمله یا ناراحتی حاد تنفسی جدی نداشته ام
۶. در صورتیکه حملات شدید تنگی نفس و مشکلات ریوی جدی در طول ماه گذشته داشته اید ، چند روز طول کشیده است .
  - بیش از یک هفته  سه روز یا بیشتر  یک روز یا دو روز  کمتر از یک روز
۷. در طول یکماه گذشته ، بطور متوسط در طول هر هفته چند روز احساس نشاط و سلامتی داشته اید.
  - تقریباً هیچ روز  ۱-۲ روز  ۳-۴ روز  تقریباً هر روز  بدون استثناء تمامی روزها
۸. اگر خس خس سینه داشته اید آیا موقع صبح بیشتر بوده است.
  - بلی  خیر

وضعیت تنفسی خود را چگونه تعبیر می کنید لطفاً یکی را علامت بزنید.

- مهمترین مشکل زندگی من است.
- مشکلات زیادی برای من ایجاد می کند.
- مشکلات کمی برای من ایجاد می کند.
- مشکلی برای من ایجاد نمی کند.

این قسمت در رابطه با فعالیت های است که معمولاً ایجاد تنگی نفس می کند.

غلط	صحیح		
		نشستن یا بی حرکت دراز کشیدن	۱
		استحمام یا تعویض لباس	۲
		راه رفتن در منزل	۳
		راه رفتن در خارج از منزل در محل صاف	۴
		بالا رفتن از پله	۵
		بالا رفتن تپه	۶
		ورزش کردن و یا بازی های فعالانه نظیر بسکتبال و یا تنیس	۷

این قسمت سوالات بیشتری در رابطه با سرفه و تنگی نفس مطرح شده است لطفاً هر کدام را که در حال حاضر در مورد شما صدق میکند علامت بگذارید.

	صحیح	غلط	
۱			سرفه مرا اذیت می کند.
۲			سرفه مرا خسته می کند.
۳			هنگام صحبت کردن تنگی نفس ایجاد می شود.
۴			هنگام خم شدن تنگی نفس ایجاد می شود.
۵			سرفه یا تنگی نفس خواب مرا مختل کرده است.
۶			من خیلی سریع خسته می شوم.

این قسمت سوالاتی در رابطه با سایر مسائلی که مشکلات تنفسی برای شما ایجاد می کند مطرح شده می شود لطفاً هر کدام را که در حال حاضر در مورد شما صدق می کند را علامت بزنید.

	صحیح	غلط	
۱			سرفه و نحوه تنفس من موجب شرمندگی در جمع می شود .
۲			مشکل تنفسی من موجب آزار خانواده ،دوستان و همسایه می شود.
۳			هنگامیکه نتوانم بطور طبیعی تنفس کنم هول می شوم یا می ترسم.
۴			احساس می کنم که نمی توانم مشکلات تنفسی خود را کنترل کنم.
۵			فکر می کنم که مشکلات تنفسی من هرگز بهبود نیابند.
۶			به علت مشکلات تنفسی تبدیل به فردی بیپوده شده ام .
۷			ورزش برای من خطرناک است.
۸			انجام هر گونه فعالیتی مشکل و سخت به نظر می رسد.

این قسمت در رابطه با داروهای نظیر اکسیژن درمانی ،داروهای استنشاقی و قرص ها طرح شده است. لطفاً اگر در حال حاضر دارو مصرف نمی کنید به قسمت ششم بروید و در صورت مصرف دارو، لطفاً مواردی را که در حال حاضر در مورد شما صدق می کند علامت بزنید.

	صحیح	غلط	
۱			داروهای مربوط به بیماری ریوی من کمک چندانی نمی کند.
۲			من از استفاده دارو در جمع احساس شرمندگی می کنم.
۳			داروهای تنفسی عوارض جانبی زیادی برای من ایجاد می کند.
۴			استفاده از داروهای تنفسی با زندگی من تناقضات زیادی دارد.

این سوالات در رابطه با تاثیرات مشکلات تنفسی بر فعالیت های شما مطرح شده است.

در هریک از این سوالات در صورتیکه یک یا چند مورد آن در مورد شما صادق است گزینه درست را علامت بزنید در غیر اینصورت گزینه نادرست را علامت بزنید.

غلط	صحیح		
		استحمام یا لباس پوشیدن وقت زیادی از من می گیرد.	۱
		من نمی توانم حمام کنم و این عمل خیلی طول می کشد.	۲
		من از سایر همسالانم کندتر راه میروم و یا برای استراحت باید متوقف شوم .	۳
		اگر عجله کنم و یا به سرعت راه بروم باید متوقف شوم و یا سرعتم را کم کنم.	۴
		مشکلات تنفسی انجام فعالیت های نظیر بالا رفتن از تپه ،بالا رفتن از پله فعالیتهای باغبانی سبک مثل علف زنی و یا فعالیت هایی مثل پنچرگیری را برای من مشکل است.	۵
		مشکلات تنفسی انجام کارهایی نظیر حمل بارهای سنگین ، کندن گودال یا برف روبی پیاده روی خیلی سریع را برای من مشکل ساخته است.	۶
		مشکلات تنفسی انجام فعالیت هائی مثل بالا رفتن از پله ها بطور سریع همراه با حمل بار سنگین در سر بالایی یا دویدن سریع را برای من مشکل ساخته است .	۷

تاثیرات مشکلات تنفسی بر فعالیت روزانه شما بطور معمول چیست.

غلط	صحیح		
		من نمی توانم فعالیت های ورزشی انجام دهم .	۱
		من نمی توانم فعالیت های تفریحی انجام دهم.	۲
		من نمی توانم خرید معمولی خانه را انجام دهم .	۳
		من نمی توانم زیاد از تخت خواب یا صندلی خود دور شوم.	۴
		من نمی توانم امور معمولی مربوط به خانه را انجام دهم .	۵

ذیلا فهرستی از سایر فعالیت هایی که ممکن است مشکلات تنفسی شما را از انجام آن بازدارد آمده است ( شما اجباری به پاسخ دادن آن ندارید این فهرست صرفاً به منظور یاد آوری تاثیرات مشکلات تنفسی بر فعالیت شما آمده است).

غلط	صحیح		
		پیاده روی	۱
		انجام کارهای خانه یا مربوط به باغچه	۲
		نزدیکی و یا فعالیت جنسی	۳
		رفتن به مسجد یا گردشگری	۴
		قرار گرفتن در محل های دارای آلودگی هوا یا اتاق های پر از دود	۵
		ملاقات اقوام یا دوستان یا بازی با بچه ها	۶

لطفاً هر نوع فعالیت مهم دیگری که ممکن است تحت تاثیر مشکلات تنفسی شما قرار گیرد ذکر کنید.

۱	هیچیک از فعالیتهایی را که مایل به انجام آن ها هستم متوقف نمی سازد.
۲	یک یا دو فعالیتی را که مایل به انجام هستم متوقف می سازد.
۳	از اکثر فعالیتهایی که من مایل به انجام آن هستم مرا باز می دارد .
۴	از تمامی فعالیتهایی که مایل به انجام آن هستم مرا باز می دارد.