



پست الکترونیک:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

(۱۵) آدرس کامل خویشاوندان (در صورت تغییر):

نام و نام خانوادگی: نسبت:

شهر: روستا:

خیابان: کوچه:

شماره پلاک: کد پستی:

پست الکترونیک:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

**قسمت دوم - وضعیت حیاتی و رخدادها**

(۱۶) وضعیت حیاتی: ۱. زنده  ۲. فوت شده

در صورت فوت:

(۱۷) علت مرگ (به گفته پاسخگو):

(۱۸) تاریخ فوت:  /  /

(۱۹) محل مرگ: ۱. بیمارستان  ۲. منزل  ۳. محل کار  ۴. سایر:

(۲۰) نام شهر/ بیمارستان:

**در صورت حیات:**

(۲۱) آیا فرد به علت بروز مشکل جدید یا شدید در یک سال گذشته بستری شده است؟ ۱. بله  ۲. خیر

(۲۲) اگر بستری شده است، لطفا جدول زیر تکمیل شود:

نوبت بستری	علت بستری	شهر	نام بیمارستان	تاریخ بستری	تاریخ ترخیص

**اگر بستری نشده است:**

(۲۳) آیا فرد در یک سال گذشته، به تشخیص پزشک دچار بیماری جدید و یا شدیدی (بدون نیاز به بستری) شده است؟

۱. بله  ۲. خیر

(۲۴) در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفا جدول زیر تکمیل شود:

نوبت بروز بیماری	نام بیماری	تاریخ بروز یا تشخیص بیماری	مدت زمان طول کشیدن بیماری			پزشک یا مرکز ارائه دهنده خدمت
			روز	هفته	ماه	

۲۵) آیا فرد در یک سال گذشته، دچار مشکل جدید و یا شدیدی شده است که برای بررسی، تشخیص و یا درمان آن به پزشک مراجعه نکرده باشد؟

۱. بله  ۲. خیر

۲۶) در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفا جدول زیر تکمیل شود:

نوبت بروز	مشکل اظهار شده	تاریخ شروع مشکل	مدت زمان طول کشیدن مشکل		
			روز	هفته	ماه

قسمت سوم - اقدامات تشخیصی و درمانی (غیر دارویی)

۳۰) در یک سال گذشته کدام یک از اقدامات تشخیصی یا درمانی (غیر دارویی) زیر برای فرد انجام شده است؟

۰. هیچ کدام

۱. تصویربرداری:

- ۱.۱.  رادیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]  
 قابل دسترسی: ۱. بله  ۲. خیر
- ۱.۲.  سونوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]  
 قابل دسترسی: ۱. بله  ۲. خیر
- ۱.۳.  CT scan [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]  
 قابل دسترسی: ۱. بله  ۲. خیر
- ۱.۴.  MRI [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]  
 قابل دسترسی: ۱. بله  ۲. خیر
- ۱.۵.  PET scan [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]  
 قابل دسترسی: ۱. بله  ۲. خیر

۲. بررسی نمونه های بافتی:

- ۲.۱.  پاتولوژی/سیتولوژی [نوع نمونه:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]  
 قابل دسترسی: ۱. بله  ۲. خیر
- ۲.۲.  بیوپسی/برداشتن خال و ضایعات پوستی [نوع نمونه:.....] [محل انجام:.....]  
 تاریخ:...../...../.....  
 قابل دسترسی: ۱. بله  ۲. خیر
- ۲.۳.  اسمیر خون محیطی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]  
 قابل دسترسی: ۱. بله  ۲. خیر

۳. قلبی - عروقی:

- ۳.۱.  آنژیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۳.۲.  اکوکاردیوگرافی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۳.۳.  تست ورزش [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۳.۴.  نوار قلب (ECG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر

۴. گوارشی:

- ۴.۱.  آندوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۴.۲.  کولونوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۴.۳.  کارگذاری Stent [محل Stent:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۴.۴.  ERCP [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر

۵. ریوی:

- ۵.۱.  برونکوسکوپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۵.۲.  تست تنفس (اسپیرومتری) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر

۶. عصبی - عضلانی:

- ۶.۱.  نوار مغز (EEG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۶.۲.  نوار عصب - عضله (EMG-NCV) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر

۷. جراحی:

- ۷.۱.  بای پس عروق کرونر (CABG) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۷.۲.  Stent عروق مغزی یا کرونر [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۷.۳.  ترمیم آنوریسم و یا پارگی عروق (آنژیوپلاستی) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]
- قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۷.۴.  تعویض دریچه قلبی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....]

- ۷.۵. کارگذاری شانت مغزی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۷.۶. برداشتن تومور [محل تومور:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۷.۷. پیوند [عضو پیوندی:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۷.۸. قطع اندام [عضو قطع شده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۷.۹. جراحی مفاصل (آرتروسکوپی، تعویض مفصل) [مفصل جراحی شده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۷.۱۰. سزارین [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۷.۱۱. سایر:..... [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۸. سایر:**
- ۸.۱. نمونه مایع مغزی- نخاعی (CSF) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۸.۲. انتقال فراورده های خونی [نوع فراورده:.....] [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۸.۳. تست پوستی سل (PPD) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۸.۴. رادیوتراپی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۸.۵. کموتراپی (شیمی درمانی) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۸.۶. معاینات چشم پزشکی [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۸.۷. سنجش تراکم استخوان (BMD) [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر
- ۸.۸. سایر:..... [محل انجام:..... تاریخ:...../...../.....] قابل دسترسی: ۱.بله  ۲.خیر

لطفا یک نسخه (دیجیتال یا چاپی) از تمامی مدارک مذکور تهیه شود.

.....

**قسمت چهارم - رژیم های دارویی**

(۳۱) آیا فرد در یک سال گذشته دارویی مصرف می کرده است؟ ۱. بله  ۲. خیر

(۳۲) در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفا جدول زیر را تکمیل کنید:

نام دارو	دوز	دفعات مصرف				مدت مصرف	مصرف در حال حاضر		قطع خودسرانه		علت مصرف قطع
		در روز	در هفته	در ماه	در سال		بله	خیر	قطع		
									بله	خیر	

**قسمت پنجم - نتیجه نهایی پیگیری**

(۳۳) نسبت فرد پاسخ دهنده با فرد شرکت کننده:

۱. خود فرد

۲. خویشاوند/ دوست نام:

۳. پزشک/ پرستار/ بهورز نام:

(۳۴) نتیجه مصاحبه:

۱.  انجام کامل پیگیری:

۱.۱  فرد فوت کرده است

۱.۲  فرد زنده است [تاریخ نوبت بعدی پیگیری: ...../...../.....]

۲.  تعویق تکمیل پیگیری:

۲.۱  مراجعه تیم برای جمع آوری اطلاعات بستری و یا تشخیصی و درمانی [تاریخ مراجعه: ...../...../.....]

۲.۲  مراجعه تیم به درب منزل برای تایید بروز بیماری قلبی، مغزی یا سرطان [تاریخ مراجعه: ...../...../.....]

۲.۳  مراجعه تیم به درب منزل برای تکمیل اتوپسی شفاهی [تاریخ مراجعه: ...../...../.....]

۲.۴  مراجعه فرد برای خونگیری و یا ویزیت توسط پزشک [تاریخ مراجعه: ...../...../.....]

۳.  عدم انجام پیگیری:

۳.۱  مهاجرت [تاریخ اقدام برای وارد کردن مجدد فرد (Re-capture): ...../...../.....]

۳.۲  ترک مطالعه [تاریخ مصاحبه حضوری برای دعوت مجدد فرد (Re-invitation): ...../...../.....]

۳.۲.۱  عدم تماس

۳.۲.۲  عدم دسترسی

۳.۲.۳  عدم استفاده

تاریخ مصاحبه: ...../...../.....

نام و امضای پرسشگر: