

فرم اتوپسی شفاهی (Verbal Autopsy)

۱. هویت پاسخگو

نام: ۱,۱

نام خانوادگی: ۱,۲

جنس: ۱,۳ ☐ زن ☐ مرد ۲

نسبت با متوفی: ۱,۴

۲. هویت متوفی

کد شناسایی شرکت کننده در کوهورت:

کد ملی:

نام: ۲,۳

نام خانوادگی: ۲,۴

سن در زمان فوت: سال

جنس: ۲,۶ ☐ زن ☐ مرد ۲

تاریخ فوت: ۲,۷

محل فوت: ۲,۸ ☐ بیمارستان ☐ منزل ☐ محل کار ☐ ۳ ☐ سایر: ۴ ☐

نام شهر و یا بیمارستان محل فوت: ۲,۸,۱

۳. علت مرگ به اظهار پاسخگو:

۴. لطفاً بر اساس گزارش پاسخگو، شرح حال خلاصه ای از روند بیماری و اتفاقات منجر به فوت بنویسید:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

قسمت اول - سوابق بیماری

۵. سابقه بیماری فشار خون

۵,۱. آیا متوفی سابقه فشار خون بالا را داشته است؟

☐ بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم

۵,۲. آیا متوفی از داروهای کاهنده فشار خون با توصیه پزشک استفاده می کرده است؟

☐ بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم

۵,۳. آیا فشار خون متوفی کنترل می شده است؟

☐ بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم

۵,۴. آیا سابقه بیماری فشار خون در خانواده متوفی وجود داشته است؟

☐ بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم

توضیحات:.....

.....

۶. سابقه بیماری قلبی

۶,۱. آیا متوفی سابقه درد قفسه صدري با گسترش به بازوی چپ یا گردن را داشته است؟

☐ بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم

۶,۲. آیا متوفی سابقه همراهی تنگی نفس و تعریق شدید را با درد قفسه صدري داشته است؟

☐ بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم

۶,۳. آیا متوفی به هنگام انجام کار سبک دچار تنگی نفس می شد؟

☐ بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم

۶,۴. آیا متوفی دچار تورم پاها یا دست‌ها شده بود؟

☐ بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم

۶,۵. آیا متوفی تحت آنژیوگرافی و یا سایر مداخلات عروقی قرار گرفته است؟

☐ بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم

۶,۶. آیا سابقه بیماری قلبی مشابه در خانواده متوفی وجود داشته است؟

☐ بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم

توضیحات:.....

.....

۷. سابقه سکته مغزی

۷,۱. آیا متوفی سابقه فلج و بی حرکتی یک یا چند اندام (دست و پا) را داشته است؟

☐ بله (ناگهانی) ☐ ۲. بله (تدریجی) ☐ ۳. خیر ☐ ۴. نمی دانم

۷,۲. آیا متوفی سابقه فلج و بی حسی نیمی از بدن را داشته است؟

☐ بله (ناگهانی) ☐ ۲. بله (تدریجی) ☐ ۳. خیر ☐ ۴. نمی دانم

۷,۳. آیا متوفی سابقه اختلال تکلم را داشته است؟

۱. بله (ناگهانی) ☐ ۲. بله (تدریجی) ☐ ۳. خیر ☐ ۴. نمی دانم ☐

۷,۴. لطفاً نوع سکنه مغزی را مشخص نمایید:

۱. ایسکمیک (گرفتگی رگ) ☐ ۲. هموراژیک (پارگی رگ) ☐ ۳. نا مشخص ☐ ۴. نمی دانم ☐

۷,۵. آیا سابقه سکنه مغزی در خانواده متوفی وجود داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

توضیحات:.....

.....

۸. سابقه ابتلا به سرطان

۸,۱. آیا متوفی سابقه کاهش وزن ناخواسته طی مدت زمان کوتاهی را داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۸,۲. آیا متوفی توده یا زخمی که به مرور در حال بزرگ شدن بوده، داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۸,۳. آیا متوفی سابقه کاهش اشتها یا ضعف و خستگی مزمن را داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۸,۴. آیا متوفی سابقه ابتلای همزمان به چند سرطان داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۸,۵. آیا سابقه ابتلا به سرطان در خانواده متوفی وجود داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۸,۶. آیا متوفی تحت درمانهای سرطان اعم از شیمی درمانی، رادیوتراپی یا جراحی (پیوند) قرار داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۸,۷. در صورتیکه پاسخ سؤال فوق بلی است، لطفاً محل سرطان، نوع درمانهای دریافتی و جزئیات آنها را ذکر نمایید:

.....

.....

.....

توضیحات:.....

.....

۹. سابقه ابتلا به سرطان پوست

۹,۱. آیا متوفی سابقه بروز خال جدید با رشد سریع یا تغییرات واضح در شکل و رنگ خال های قبلی داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۹,۲. آیا متوفی سابقه بروز زخم های جلدی که خوب نمی شده یا توده های سطحی در حال رشد، داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۹,۳. آیا برای متوفی بیوپسی ضایعات پوستی انجام شده است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۹,۴. آیا متوفی تحت درمان سرطان پوست قرار داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۹,۵. آیا سابقه ابتلا به سرطان پوست در خانواده متوفی وجود داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

توضیحات:.....

.....

۱۰. سابقه ابتلا به سرطان پستان

- ۱۰,۱. آیا متوفی سابقه وجود توده در پستان (و زیر بغل) داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۰,۲. آیا متوفی سابقه تغییرات پوست و ظاهر پستان (فرورفتگی، پوست پرتقالی) داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۰,۳. آیا متوفی سابقه ترشحات غیرعادی (خونی) از پستان داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۰,۴. آیا متوفی سابقه ماموگرافی و سونوگرافی داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۰,۵. آیا متوفی تحت بیوپسی پستان قرار گرفته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۰,۶. آیا متوفی تحت درمان سرطان پستان قرار داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۰,۷. آیا سابقه ابتلا به سرطان پستان در خانواده متوفی وجود داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

توضیحات:.....

.....

۱۱. سابقه ابتلا به سرطان پروستات

- ۱۱,۱. آیا متوفی سابقه مشکلات ادراری انسدادی مانند کاهش یا قطع جریان ادرار (الیگوری و آنوری)، احتباس ادراری، Frequency, Dribbling و Urgency داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۱,۲. آیا متوفی سابقه ترشحات خونی از مجاری ادراری یا وجود خون در ادرار (هماچوری) داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۱,۳. آیا متوفی سونوگرافی پروستات و یا سایر تصویر برداری ها (CT scan) داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۱,۴. آیا برای متوفی آزمایش سنجش PSA انجام شده است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۱,۵. آیا متوفی تحت درمان سرطان پروستات قرار داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐
- ۱۱,۶. آیا سابقه ابتلا به سرطان پروستات در خانواده متوفی وجود داشته است؟
بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

توضیحات:.....

.....

۱۳. سابقه ابتلا به سرطان مثانه

۱۳,۱. آیا متوفی سابقه مشکلات ادراری انسدادی مانند کاهش یا قطع جریان ادرار (الیگوری و آنوری)، احتباس

ادراری، Frequency, Dribbling و Urgency داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۳,۲. آیا متوفی سابقه ترشحات خونی از مجاری ادراری یا وجود خون در ادرار (هماچوری) داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۳,۳. آیا متوفی سونوگرافی مثانه و مجاری ادراری و یا سایر تصویر برداری ها (CT scan) داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۳,۴. آیا متوفی تحت سیستوسکوپی قرار گرفته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۳,۵. آیا متوفی تحت درمان سرطان مثانه قرار داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۳,۶. آیا سابقه ابتلا به سرطان مثانه در خانواده متوفی وجود داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

توضیحات:.....

۱۴. سابقه ابتلا به سرطان مری

۱۴,۱. آیا متوفی سابقه دیسفاژی پیشرونده (ابتدا نسبت به غذاهای جامد و در نهایت نسبت به مایعات و جامدات)

داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۴,۲. آیا متوفی سابقه درد به هنگام بلع (ادینوفاژی) را داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۴,۳. آیا متوفی سابقه رگورژیتاسیون یا استفراغ را داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۴,۴. آیا متوفی تحت اقدامات تشخیصی مثل Barium Swallow قرار گرفته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۴,۵. آیا متوفی سابقه آندوسکوپی به همراه بیوپسی یا سونوگرافی آندوسکوپیک را داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۴,۶. آیا متوفی تحت درمانهای سرطان مری قرار گرفته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

۱۴,۷. آیا سابقه ابتلا به سرطان مری در خانواده متوفی وجود داشته است؟

بله.۱ ☐ خیر.۲ ☐ نمی دانم.۳ ☐

توضیحات:.....

۱۵. سابقه ابتلا به سرطان معده

۱۵,۱. آیا متوفی سابقه ناراحتی و درد شکم (خصوصاً در ناحیه اپیگاستر) را داشته است؟

- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۵,۲. آیا متوفی سابقه احساس پری معده و سیری زودرس بعد از خوردن کمی غذا را داشته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۵,۳. آیا متوفی سابقه بی‌اشتهایی یا تهوع و استفراغ یا کاهش وزن یا مدفوع خونی داشته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۵,۴. آیا متوفی سابقه تغییرات پوستی مانند سیاهی زیر بغل (آکانتوزیس نیگریکانس) یا درگیری غده لنفی سوپراکلاویکولار (لنف نود ویرشو) داشته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۵,۵. آیا متوفی تحت تصویربرداری مانند CT scan قرار گرفته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۵,۶. آیا متوفی سابقه انجام آندوسکوپی و بیوپسی را داشته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۵,۷. آیا متوفی تحت درمانهای سرطان معده قرار گرفته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۵,۸. آیا سابقه ابتلا به سرطان معده در خانواده متوفی وجود داشته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

توضیحات:.....

۱۶. سابقه ابتلا به سرطان روده بزرگ و رکتوم

- ۱۶,۱. آیا متوفی سابقه یبوست مزمن، عدم دفع (گاز و مدفوع) و یا انسداد روده داشته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۶,۲. آیا متوفی سابقه وجود خون در مدفوع داشته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۶,۳. آیا متوفی تحت تصویربرداری مانند Barium Enema قرار گرفته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۶,۴. آیا متوفی سابقه کولونوسکوپی و بیوپسی داشته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۶,۵. آیا متوفی تحت درمان سرطان روده قرار داشته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
- ۱۶,۶. آیا سابقه ابتلا به سرطان کولورکتال در خانواده متوفی وجود داشته است؟
- ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

توضیحات:.....

۱۷. سابقه ابتلا به سرطان خون و سیستم لنفاوی (لوکمی، لنفوم)

- ۱۷,۱. آیا متوفی سابقه کم خونی، رنگ پریدگی یا خستگی مزمن داشته است؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۷,۲. آیا متوفی سابقه خونریزی غیرعادی (خودبخود، طولانی و شدید و یا از نقاط مختلف بدن) را داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۷,۳. آیا متوفی سابقه دردهای منتشر استخوانی (استخوان های دراز و پهن) داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۷,۴. آیا متوفی سابقه لنفادنوپاتی های منتشر داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۷,۵. آیا متوفی سابقه آزمایش خون و لام خون محیطی داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۷,۶. آیا برای متوفی بیوپسی مغز استخوان انجام شده است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۷,۷. آیا متوفی سابقه دریافت خون و فرآورده های خونی داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۷,۸. آیا متوفی تحت درمان سرطان خون قرار داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۷,۹. آیا سابقه ابتلا به سرطان خون در خانواده متوفی وجود داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

توضیحات:.....

.....

۱۸. سابقه ابتلا به سرطان ریه

- ۱۸,۱. آیا متوفی سابقه تنگی نفس و سرفه های خونی (هموپتیزی) داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۸,۲. آیا متوفی تحت تصویربرداری از قفسه سینه و ریه ها مانند CT scan قرار گرفته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۸,۳. آیا متوفی سابقه انجام برونکوسکوپی داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۸,۴. آیا متوفی تحت درمان سرطان ریه قرار داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۸,۵. آیا سابقه ابتلا به سرطان ریه در خانواده متوفی وجود داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

توضیحات:.....

.....

۱۹. سابقه ابتلا به سرطان مغز و CNS

- ۱۹,۱. آیا متوفی سابقه فلج (حسی و یا حرکتی) یا بی اختیاری ادرار و مدفوع داشته است؟
۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐
- ۱۹,۲. آیا متوفی سابقه تشنج و صرع یا حرکات غیرارادی اندام ها داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۱۹,۳. آیا متوفی سابقه سردرد به همراه تهوع و استفراغ و تاری دید داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۱۹,۴. آیا متوفی سابقه دلیریوم، کاهش سطح هوشیاری و کما داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۱۹,۵. آیا متوفی سابقه تغییرات خلقی و رفتاری شدید، توهم و هذیان داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۱۹,۶. آیا متوفی MRI و CT scan مغزی و نخاعی داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۱۹,۷. آیا متوفی تحت درمان سرطان مغز و نخاع قرار داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۱۹,۸. آیا سابقه ابتلا به سرطان مغز و نخاع در خانواده متوفی وجود داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

توضیحات:.....

.....

۲۰. سابقه ابتلا به سایر سرطان ها

۲۰,۱. لطفا محل و نوع سرطان (توپولوژی، مورفولوژی) را مشخص کنید:.....

۲۰,۲. آیا اقدامات تشخیصی برای متوفی (تصویربرداری، بیوپسی و...) انجام شده است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۰,۳. آیا متوفی تحت درمان سرطان قرار داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۰,۴. آیا سابقه ابتلا به سرطان مشابه در خانواده متوفی وجود داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

در صورت مثبت بودن پاسخ، اقدامات درمانی و تشخیصی را به طور خلاصه ثبت کنید.

توضیحات:.....

.....

۲۱. سابقه دیابت

۲۱,۱. آیا متوفی سابقه قند خون بالا و یا وجود قند در ادرار را داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۱,۲. آیا متوفی داروی پایین آورنده قند خون (تزریقی یا خوراکی) را با تجویز پزشک مصرف می کرده است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۱,۳. آیا متوفی سابقه افزایش اشتها یا تشنگی زیاد یا تکرر ادرار را داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۱,۴. آیا متوفی سابقه افزایش وزن ناخواسته یا کاهش وزن ناخواسته را داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

- ۲۱،۵. آیا متوفی سابقه بی حسی یا گزگز انگشتان را داشته است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۱،۶. آیا متوفی سابقه زخم‌های ترمیم نیافته (بویژه در پاها) یا قطع عضو را داشته است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۱،۷. آیا متوفی سابقه کاهش بینایی و تاری دید داشته است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۱،۸. آیا متوفی سابقه گانگرن (سیاه شدن پوست به علت انسداد شریانی) بویژه در انگشتان پا را داشته است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۱،۹. آیا سابقه ابتلا به دیابت در خانواده متوفی وجود داشته است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم

توضیحات:.....

۲۲. سابقه بیماری سل تنفسی

- ۲۲،۱. آیا متوفی سابقه سرفه‌های طولانی مدت یا تب (بخصوص در هنگام غروب) را داشته است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۲،۲. آیا متوفی سابقه دفع خلط خونی یا کاهش وزن قابل توجه را داشته است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۲،۳. آیا اقدامات تشخیصی سل (مانند کشت خلط) برای متوفی انجام شده است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۲،۴. آیا متوفی از داروهای ضد سل با تجویز پزشک استفاده می‌نموده است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۲،۵. آیا سابقه ابتلا به سل در خانواده و اطرافیان متوفی وجود داشته است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم

توضیحات:.....

۲۳. سابقه بیماری آسم

- ۲۳،۱. آیا متوفی سابقه اپیزودهای حملات ویز (wheezing) یا حملات ویز و تنگی نفس با شروع ناگهانی داشته است؟

- ☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۳،۲. آیا متوفی تحت بررسی‌های تشخیصی مانند اسپرومتری قرار گرفته است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۳،۳. آیا متوفی از درمانهای ضد آسم مثل اسپری، داروها و غیره استفاده می‌کرده است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم
- ۲۳،۴. آیا سابقه ابتلا به آسم و مشکلات ریوی مشابه در خانواده متوفی وجود داشته است؟
☐ ۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم

توضیحات:.....
.....

۲۴. سابقه بیماری مزمن کلیوی

۲۴,۱. آیا متوفی سابقه مشکلات ادراری مانند سوزش ادرار، کاهش یا قطع جریان ادرار (الیگوری و آنوری)، احتباس ادراری، Frequency, Dribbling و Urgency داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۴,۲. آیا متوفی سابقه درد پهلوها، سوزش ادرار (دیزوری)، ترشحات خونی از مجاری ادراری یا وجود خون در ادرار (هماچوری) داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۴,۳. آیا متوفی سابقه تورم صورت و اندام ها یا ادم ژنرالیزه را داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۴,۴. آیا متوفی سابقه سنگ کلیه را داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۴,۵. آیا متوفی سابقه نارسایی کلیه را داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۴,۶. آیا متوفی سونوگرافی کلیه ها و یا سایر تصویر برداری ها (CT scan) داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۴,۷. آیا متوفی داروی پایین آورنده فشار خون را با تجویز پزشک مصرف می کرده است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۴,۸. آیا برای متوفی بیوپسی کلیه انجام شده است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۴,۹. آیا متوفی تحت دیالیز قرار داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۴,۱۰. آیا متوفی پیوند کلیه انجام داده است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۴,۱۱. آیا سابقه درگیری کلیوی مشابه در خانواده متوفی وجود داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

توضیحات:.....
.....

۲۵. سابقه بیماری مزمن کبدی

۲۵,۱. آیا متوفی سابقه درد شکم و بزرگی کبد داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۵,۲. آیا متوفی سابقه زردی و تغییرات رنگ ادرار و مدفوع داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۵,۳. آیا متوفی سابقه تورم شکم (آسیت) یا تورم صورت و اندام ها را داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۵،۴. آیا متوفی سابقه اختلالات انعقادی و خونریزی غیرعادی (خودبخود، طولانی و شدید و یا از نقاط مختلف بدن) را داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۵،۵. آیا متوفی سابقه هیپاتیت یا سیروز کبدی داشته است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۵،۶. آیا متوفی سابقه سنگ صفراوی را داشته است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۵،۷. آیا برای متوفی آزمایشات عملکرد کبدی یا مارکرهای ویروسی (هیپاتیت) انجام شده است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۵،۸. آیا متوفی سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی و یا سایر تصویر برداری ها (CT scan) داشته است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۵،۹. آیا متوفی تحت درمان هیپاتیت قرار داشته است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۵،۱۰. آیا سابقه ابتلا به بیماری کبدی مشابه در خانواده متوفی وجود داشته است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

توضیحات:.....
.....

۲۶. سابقه بیماری های نورولوژیک

۲۶،۱. آیا متوفی سابقه بیماری های نورولوژیک (MS، صرع، پارکینسون، آلزایمر و...) داشته است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۶،۲. آیا متوفی سابقه علائمی چون سردردهای شدید، فلج، تشنج، اختلالات تعادل و راه رفتن، اختلالات شناختی و رفتاری داشته است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۶،۳. آیا متوفی تحت تصویربرداری تشخیصی مانند MRI قرار گرفته است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۶،۴. آیا متوفی آزمایشات تشخیصی مانند بیوپسی، نوار عصب و عضله، آزمایش خون یا CSF داشته است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۶،۵. آیا متوفی تحت درمان مشکلات نورولوژیک بوده است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐
۲۶،۶. آیا سابقه ابتلا به مشکلات مشابه در خانواده متوفی وجود داشته است؟
۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

توضیحات:.....
.....

۲۷. سابقه بیماری های روماتولوژیک و خودایمنی

۲۷,۱. آیا متوفی سابقه بیماری های مزمن مفصلی (مانند آرتریت روماتوئید) و یا خود ایمنی (مانند لوپوس) داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۷,۲. آیا متوفی سابقه علایمی مانند تب و درد های مفصلی و عضلانی، درگیری های مخاطی و جلدی مانند آفت، حساسیت به نور و راش مالار (قرمزی گونه ها و پل بینی)، درگیری ریوی مانند سرفه و هموپتیزی (خلط خونی) و کلیوی مانند هماچوری (ادرار خونی) و... داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۷,۳. آیا متوفی تحت تصویربرداری تشخیصی قرار گرفته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۷,۴. آیا برای متوفی آزمایشات تشخیصی و ایمونولوژی انجام گرفته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۷,۵. آیا متوفی تحت درمان های سرکوب کننده/تعدیل کننده ایمنی بوده است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۷,۶. آیا سابقه ابتلا به درگیری های مشابه و سایر بیماری های خود ایمنی در خانواده متوفی وجود داشته است؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

توضیحات:.....

۲۸. سابقه جراحی و سانحه

۲۸,۱. آیا متوفی دچار سوانح شده بود؟

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

۲۸,۲. در صورت مثبت بودن پاسخ سؤال قبل، نوع سوانح را مشخص و در قسمت توضیحات ویژگی های سانحه را ثبت کنید:

۱.تصادف ☐	۲.سقوط ☐	۳.سوختگی/ برق گرفتگی ☐
۴.غرق شدگی ☐	۵.مسمومیت/گاز گرفتگی ☐	۶.گزش حیوانات ☐
۷.بلایای طبیعی ☐	۸.اقدام به خودکشی ☐	۹.قربانی دیگرکشی (قتل) ☐

توضیحات:.....

۲۹. آیا متوفی در طول حیات خود دچار بیماری های مزمن دیگری بود؟ (آنمی، تالاسمی، بیماری های التهابی روده،

ایدز و سایر عفونت های مزمن و...)

۱.بله ☐ ۲.خیر ☐ ۳.نمی دانم ☐

لطفا نام بیماری ها و اقدامات تشخیصی و درمانی انجام گرفته ذکر شود:

توضیحات:.....

۳۰. مرگ مادران به علت عوارض بارداری و زایمان

۳۰,۱. لطفا نوبت بارداری (G)، تعداد زایمان های قبلی (P)، تعداد نوزادان زنده به دنیا آمده (L) و تعداد موارد سقط

شده (A) ثبت شود: G.....P.....L.....A.....

۳۰،۲ سن حاملگی در هنگام فوت مادر چند هفته بوده است؟ هفته

۳۰،۳ سقط (منجر به فوت مادر)

۳۰،۳،۱ چند روز قبل از فوت مادر سقط انجام شده بود؟ روز

۳۰،۳،۲ نوع سقط را تعیین نمایید:

۱. خود به خودی ☐ ۲. القایی ☐ ۳. نمی دانم ☐

۳۰،۳،۳ محل انجام سقط را تعیین نمایید:

۱. خانه ☐ ۲. مرکز درمانی (نام:.....) ☐ ۳. سایر:..... ☐ ۴. نمی دانم ☐

۳۰،۳،۴ سقط توسط چه کسی انجام گردید؟

۱. پزشک ☐ ۲. ماما ☐ ۳. قابله ☐ ۴. سایر:..... ☐ ۵. هیچکس ☐ ۶. نمی دانم ☐

30.4 زایمان (منجر به فوت مادر)

۳۰،۴،۱ زایمان چند روز قبل از فوت مادر انجام شده بود؟ روز

۳۰،۴،۲ محل انجام زایمان را تعیین نمایید:

۱. خانه ☐ ۲. مرکز درمانی (نام:.....) ☐ ۳. سایر:..... ☐ ۴. نمی دانم ☐

۳۰،۴،۳ زایمان توسط چه کسی انجام گردید؟

۱. پزشک ☐ ۲. ماما ☐ ۳. قابله ☐ ۴. سایر:..... ☐ ۵. هیچکس ☐ ۶. نمی دانم ☐

۳۰،۴،۴ آیا متوفی جهت انجام زایمان تحت عمل سزارین قرار گرفته بود؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

۳۰،۴،۵ آیا در حول و حوش زمان انجام زایمان مادر دچار خونریزی زیاد شده بود؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

تذکر: منظور از خونریزی زیاد به میزانی است که کف زمین را بپوشاند

۳۰،۴،۶ آیا زایمان متوفی بیش از حد طول کشیده بود؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

تذکر: زایمان بیش از حد طول کشیده یعنی عدم تولد نوزاد با وجود گذشت ۱۲ ساعت از شروع انقباضات و

دردهای زایمانی

۳۰،۴،۷ آیا متوفی در حین زایمان دچار تشنج یا افت سطح هوشیاری شده بود؟

۱. بله ☐ ۲. خیر ☐ ۳. نمی دانم ☐

توضیحات:.....

.....

.....

قسمت دوم - نشانه‌ها و علائم

۱. درد قفسه صدري

• در مورد نحوه شروع (تدریجی یا ناگهانی) و مدت طول کشیدن درد سؤال کنید.

- ماهیت درد (فشارنده، خنجری، سوزاننده)
- موقعیت درد (پشت استرنوم، سایر نقاط قفسه صدری، بالای شکم و...)
- انتشار درد به هر قسمت از بدن مثل درد در پشت جناغ، دست، شانه، پشت و...
- آیا درد با راه رفتن و فعالیت تشدید می یافت و با استراحت رفع می شد؟
- آیا درد با سرفه و نفس عمیق، لمس محل درد، تغییر وضعیت قرارگیری بدن یا پس از غذا خوردن تشدید می یافت؟
- علائم همراه مانند تنگی نفس، تعریق سرد، تهوع و استفراغ، کاهش سطح هوشیاری
- یک شرح حال از دوران کودکی تا زمان فوت فرد بنویسید؛ که شامل هر تاریخچه ای از تب با درد و تورم مفاصل، درد قفسه صدری یا حملات قلبی و هر درمانی اعم از دارو درمانی (شرح داروهای مورد استفاده) یا درمان های جراحی باشد.

توضیحات:

۲. سرفه و یا تنگی نفس

۲,۱. سرفه

- سرفه خشک یا پروداکتیو (همراه با خلط) یا با خون (هموپتیزی)، خلط بدبو
- دوره های شدید سرفه به همراه یک whoop در انتهای آن، سرفه فقط در شب، زمانی که سرفه تشدید می شود (روز، شب)
- همیشه برای بهبود سرفه مجبور به تغییر وضعیت از درازکش به نشسته (نشستن در تخت) می شده است.
- درد لوکالیزه (درد در ناحیه ای از دیواره قفسه صدری) که با سرفه و یا نفس عمیق افزایش می یافت

توضیحات:

۲,۲. تنگی نفس

- در مورد جزییات شروع و پیشرفت تنگی نفس سؤال کنید. (برای مثال تنگی نفس ابتدا در هنگام فعالیت بوده ولی بطور پیشرونده ای بدتر شده، بطوری که در نهایت در حالت استراحت نیز دچار تنگی نفس می شد)
- تنگی نفس مدت کمی بعد از دراز کشیدن ایجاد و با نشستن بهبود می یافت.
- دوره های حملات ویز و تنگی نفس با شروع ناگهانی (مثلاً به دنبال آلرژی یا عفونت تنفسی)
- ممکن است با تورم دستها و پاها، تورم ژنرالیزه کل بدن، تورم وسیع شکم و یا تجمع مایع در قفسه صدری همراه بوده باشد.

توضیحات:

۲,۳. نشانه‌های دیگری که همراه با سرفه یا تنگی نفس بوده است

- کاهش وزن
- خشونت صدا
- تعریق شبانه
- تب و درد ژنرالیزه
- تهوع و استفراغ

توضیحات:

۳. تب

- تب High grade (بیشتر از ۳۹,۵ درجه سلسیوس) یا Low grade برای مدت چند روز یا چند هفته؟
- الگوی تب مداوم (continuous)، متناوب (intermittent) [وجود اپیزودهای تب به همراه فواصل بدون تب، به صورت منظم مانند تب ناشی از مالاریا] یا گاهگاهی
- حملات تکرار شونده تب با لرز، سفتی (لرز تکان دهنده)، تعریق، درد عضلانی
- سابقه تب با درجه بالا که بدنبال آن در روز بعد دچار بثورات جلدی شده باشد.
- حملات تشنج، گیجی، خواب‌آلودگی و کوما
- همراهی با سرماخوردگی، سرفه خشک، سردرد و یا درد ژنرالیزه
- سایر علائم همراه: زبان بارداری، یرقان، اسهال، احساس گرگرفتگی هنگام ادرار کردن، سرفه، درد قفسه صدری، سفتی گردن، تحریک پذیری و گریز از نور یا صدا و غیره
- تب طول کشیده برای مدت بیش از ۳۰ روز

توضیحات:

۴. نشانه‌های مرتبط با دستگاه عصبی

۴,۱. فلج

- آیا فلج با کاهش ناگهانی سطح هوشیاری همراه بوده است؟
- زمان شروع فلج (در خلال فعالیت یا هنگام خواب)
- پیشرفت در عرض چند دقیقه یا چند ساعت یا هنگام بلند شدن از خواب یا بدون استفراغ و یا سردرد
- سابقه فلج حسی یا حرکتی که کمتر از ۲۴ ساعت طول بکشد، کوری موقت که خودبخود رفع شود، دوبینی، فلج صورت، اختلال تکلم و ضعف موقت (کمتر از ۲۴ ساعت) داشته است؟

- حتماً از بروز فلج در هر بخشی از بدن در ماه قبل از مرگ سؤال نمایید.
- قسمتی از بدن که دچار فلج شده را ذکر نمایید: نیمی از بدن، یک اندام فوقانی راست/چپ، صورت، اختلال تکلم، اندام تحتانی
- آیا فلج همراه با اختلال حافظه، اختلال بینایی، تغییر تکلم، بی‌اختیاری ادرار، بی‌حسی در هر قسمتی از بدن، یا سایر علائم مثل تشنج، سفتی گردن، سرگیجه یا افزایش فشار خون بوده است؟
- نوع آسیب عروقی مغز را مشخص نمایید (هموراژیک، ایسکمیک)

توضیحات:

۴,۲. تشنج و صرع

- تاریخچه‌ای از حرکات ناگهانی (jerky) در اندامها همراه با حرکات چرخشی چشمها و کف کردن دهان، با افت سطح هوشیاری، اختلال حافظه، با یا بدون بیداری بین تشنجه‌ها، گازگرفتگی زبان، خیس کردن رختخواب، کنفوزیون
- تاریخچه ضربه به سر
- نوع و طول مدت درمانی که برای فرد متوفی تجویز شده بود

توضیحات:

۴,۳. نوروپاتی

- سابقه درگیری اعصاب حسی به صورت هایپوستزی یا پارستزی (سر شدن یا گزگز انگشتان)
- سابقه ایجاد زخم مزمن ناشی از فشار به ویژه در پاها
- سابقه اختلال تعادل و راه رفتن، تاری دید و سایر درگیری های چشمی

توضیحات:

۴,۴. نشانه‌های اختلال ذهنی

- تاریخچه تغییرات ناگهانی در رفتار، گریه بیش از حد، گوشه گیری، رفتار تهاجمی، غیر عادی یا خشونت آمیز
- تاریخچه تکلم بیش از حد، کلمات بی ربط و یا Self-talking
- سابقه توهم (دیداری، شنیداری، بویایی یا لامسه) مانند شنیدن صداهایی که توسط دیگران شنیده نمی شود
- به طور دچار افت ناگهانی سطح هوشیاری شده باشد
- تاریخچه از دست دادن حافظه و مشکل در بخاطر آوردن اسامی اشیا یا اشخاص

توضیحات:

۵. مشکلات کلیوی

- شروع جریان ادرار با تأخیر به همراه پف‌کردگی صورت یا تورم پلک‌ها در هنگام صبح، میزان کم ادرار، ادرار به همراه چرک، ادرار خونی
- تورم لوکالیزه یا ژنرالیزه دست‌ها و پاها، تورم یا تجمع مایع در شکم و یا قفسه صدری
- تکرر ادرار، درد در ناحیه پایین شکم، تمایل شدید به دفع ادرار حتی پس از تخلیه کامل مثانه
- تندرns در یک سمت شکم و بالای ناحیه تناسلی
- وجود توده در پهلوها
- رنگ‌پریدگی، تهوع، استفراغ
- منگی، گیجی، کوما (از دست رفتن سطح هوشیاری)
- تاریخچه افزایش فشار خون
- تاریخچه پیوند کلیه

توضیحات:

۶. ادم (تورم پا و دست یا کل بدن)

- آیا فرد متوفی دچار رنگ‌پریدگی شده بود؟
- کاهش یا افزایش ناخواسته وزن
- وجود تنگی نفس در هنگام استراحت که با راه رفتن بدتر می‌شده است
- خستگی (fatigue)، احساس تپش قلب، تهوع، کاهش اشتها
- ورم پاها و دست‌ها

توضیحات:

۷. نشانه‌های مرتبط با مشکلات شکم و دستگاه گوارش

۷,۱. درد یا تورم شکم

- درد شکم: لوکالیزه یا ژنرالیزه، نوع (تیز، مبهم، ضربان‌دار، مداوم) و ارتباط با غذا خوردن (درد با خالی بودن معده بدتر و با خوردن غذا بهتر می‌شده یا درد با خوردن غذا بدتر می‌شده است)
- اتساع شکم؛ ناگهانی یا تدریجی
- نشانه‌های دیگر: کاهش اشتها، تهوع، یبوست، مدفوع سیاه، استفراغ خونی، تنگی نفس و تعریق با درد ناگهانی شکم

- تاریخچه جراحی یا تروما یا سرطان
- توده قابل لمس در شکم
- مشکل در بلع: نسبت به غذاهای جامد یا مایع

توضیحات:

.....

.....

۷,۲. درد معده و زخم‌ها

- آیا زخم پپتیک داشته: درد سوزاننده، محدود به بخش میانی شکم یا با گسترش به قفسه صدري، دردهای راجعه شکمی
- دردهایی که خواب فرد را مختل کرده بود و با غذا، شیر، آنتی اسید، آروغ زدن یا استفراغ بهبود می یافت
- رخداد دردها در دوره‌های زمانی، که هر بار ۱ تا ۳ هفته طول می کشیده و ۳ تا ۴ بار در سال اتفاق می افتاد
- تاریخچه سرشتی بازرخداد خودبخودی و همچنین دوره بدون علامت که برای دهه‌ها یا کل زندگی اتفاق می افتاد
- ارتباط با تغذیه: دردی که بهنگام خالی بودن معده رخ می داده (درد گرسنگی) و با غذا خوردن یا آنتی اسید بهبود می یافت
- استفراغ خونی، و مصرف الکل
- سایر علایم: بی اشتها، تهوع

توضیحات:

.....

.....

۷,۳. اسهال، اسهال خونی یا خون در مدفوع

- مدفوع شل و نیمه سفت، خون یا موکوس در مدفوع، مدفوع آبکی یا آب برنجی، اسهال حجیم بدون درد
- روزی چند بار شدت پیدا می کرده؟
- استفراغ، تشنگی بیش از حد و علایم دهیدراتاسیون (مثل چشمان گود افتاده، میزان ادرار کاهش یافته، زبان خشک)، تب (با شروع ناگهانی)
- خون در مدفوع، به رنگ قرمز یا سیاه
- هر تاریخچه‌ای از سرطان
- آیا فرد متوفی قبل از وقوع اسهال در یک میهمانی یا تجمع (مثل پادگان) غذا مصرف نموده است؟ در صورتی که جواب مثبت است، آیا در افراد دیگری که در آن میهمانی از همان غذاها مصرف نموده اند نیز علایم اسهال دیده شده است؟

توضیحات:

.....

.....

۷,۴. یرقان (زردی)

- تغییرات رنگ پوست/چشم به زرد، همچنین تغییر رنگ ادرار به زرد تیره
- شکم و کبد به طور بارز بزرگ شده و نفاخ با تورم پاها و سپس صورت و دستها
- استفراغ خونی، تاریخچه مصرف منظم الکل
- هر تاریخچه‌ای از سرطان

توضیحات:

.....

.....

۷,۵. تورم لوکالیزه (فتق) در ران، اسکروتوم یا دیواره شکم

- تاریخچه تورم قابل کاهش در اسکروتوم (بطور عادی هنگام سرفه یا زور زدن ایجاد و پس از آن محو می‌شود)
- بیرون زدگی قابل فرو بردن بدون درد
- دردناک شدن بیرون زدگی، تندر شدن و مداوم شدن آن قبل از مرگ

توضیحات:

.....

.....

۸. نشانه های مفصلی

- تاریخچه درد و تورم مفصلی
- عوامل تشدید و تخفیف درد
- مفاصل درگیر و ترتیب درگیری مفاصل
- خشکی صبحگاهی مفاصل و مدت باقی ماندن آن
- درد و ضعف عضلانی بویژه در اندام ها و کمریندهای لگنی و شانه ای
- علائم همراه مانند دفرمیتی اسکلتی و درگیری های جلدی- مخاطی

توضیحات:

.....

.....

۹. نشانه های مرتبط با سیستم رتیکولواندوتلیال (دستگاه ایمنی و خونساز)

- سابقه رنگ پریدگی، ضعف و خستگی زودرس
- سابقه خونریزی و مشکلات انعقادی مانند کبودی آسان، خونریزی طولانی یا خودبخودی

- سابقه انتقال خون
- سابقه دردهای منتشر استخوانی، لنفادنوپاتی ژنرالیزه و یا عفونت های مکرر

توضیحات:

.....

.....

.....

مهر و امضای پزشک:

تاریخ تکمیل فرم:

نام و نام خانوادگی پزشک: