

پیوست ۴: پرسشنامه پزشکی

توضیحات	تن سنجی
	قد سانتیمتر
	وزن کیلوگرم
	دور کمر سانتیمتر
	دور باسن سانتیمتر
	دور مچ سانتیمتر

توضیحات	فشار خون (میلیمتر جیوه)				نوبت سنجش
	بازوی چپ		بازوی راست		
	دیاستولیک	سیستولیک	دیاستولیک	سیستولیک	
					اول
					دوم

توضیحات	تعداد نبض	نوبت سنجش
	 ضربان در دقیقه	اول
	 ضربان در دقیقه	دوم

توضیحات	پرسشنامه تاریخچه باروری زنان (از زمان فاز ثبت نام)
	۱. سن اولین ازدواج (در صورت ازدواج از زمان فاز ثبت نام): سالگی
	۲. آیا در حال حاضر باردار هستید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ نمی دانم
	۲.۱. تعداد بارداری در پنج سال گذشته :
	۲.۲. سن آخرین بارداری: سالگی
	۲.۳. لطفاً نوع زایمان را در آخرین بارداری مشخص فرمایید: ☐ طبیعی ☐ سزارین
	۲.۴. آیا فرد سابقه دوقلو یا چندقلو زایی را در پنج سال گذشته داشته است؟ ☐ بله ☐ خیر
	۳. آیا فرد سابقه سقط از زمان فاز ثبت نام داشته است؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۴]
	۳.۱. تعداد سقط:
	۳.۲. نوع و سن بروز به ازای هر سقط ثبت گردد: نوع: ☐ خودبخودی ☐ القایی
	۳.۳. سن بروز (در زمان هر سقط): سالگی
	۴. آیا فرد سابقه مرده زایی از زمان فاز ثبت نام داشته است؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۵]
	۴.۱. چند مورد:
	۴.۲. سن بروز (در زمان هر مرده زایی): سالگی
	۵. آیا فرد از زمان فاز ثبت نام سابقه نازایی داشته است؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۶]
	۵.۱. آیا فرد از روش های کمک باروری استفاده کرده اند؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۶]
	۵.۲. لطفاً نوع آن را مشخص کنید: ☐ IVF ☐ IUI ☐ ICSI ☐ داروهای هورمونی پزشک عمومی یا زنان ☐ طب سنتی ☐ سایر ☐ نمی دانم
	۶. آیا سیکل ماهانه فرد منظم می باشد؟ ☐ بله ☐ خیر
	۷. آیا فرد در پنج سال گذشته داروهای ضدبارداری خوراکی (OCP)، آمپول DMPA، سیکلوفم و...) را مصرف داشته است؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۸]
	۷.۱. لطفاً نوع روش/روشهای پیشگیری، بازه سنی و مدت استفاده را مشخص فرمایید: ☐ قرصهای ضدبارداری خوراکی (OCP) از سن..... سالگی تا سن..... سالگی به مدت ماه ☐ پروژسترون تزریقی (DMPA، سیکلوفم) از سن..... سالگی تا سن..... سالگی به مدت ماه ☐ ایمپلنت از سن..... سالگی تا سن..... سالگی به مدت ماه ☐ وسایل داخل رحمی (IUD) از سن..... سالگی تا سن..... سالگی به مدت ماه ☐ سایر: از سن..... سالگی تا سن..... سالگی به مدت ماه
	۸. آیا فرد در ۵ سال گذشته یائسه شده است؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۹]
	۸.۱. نوع یائسگی: ☐ طبیعی ☐ غیرطبیعی
	۸.۲. سن یائسگی: سالگی
	۸.۳. آیا فرد در پنج سال گذشته داروهای جایگزین هورمونی (استروژن و پروژسترون) را مصرف داشته است؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیحات	پرسشنامه تاریخچه باروری زنان (از زمان فاز ثبت نام)
	۹. سابقه کدام یک از اعمال جراحی زیر را از زمان فاز ثبت نام داشته اید؟ ☐ برداشتن تخمدان (اوفورکتومی) ☐ یکطرفه ☐ دوطرفه در سن سالگی ☐ برداشتن لوله رحم (توبکتومی) در سن سالگی ☐ برداشتن رحم (هیستریکتومی) در سن سالگی
	۱۰. سابقه کدام یک از اعمال جراحی زیر را تاکنون (در طول عمر) داشته اید؟ ☐ برداشتن فیبروم رحم (میومکتومی) در سن سالگی ☐ کورتاژ تشخیصی در سن سالگی ☐ برداشتن کیست تخمدان در سن سالگی
	۱۱. سابقه انجام کدام یک از اقدامات زیر را از زمان فاز ثبت نام داشته اید؟ ☐ غربالگری سرطان پستان از طریق ماموگرافی سن آخرین نوبت: سالگی ☐ سونوگرافی پستان سن آخرین نوبت: سالگی ☐ معاینه پستان توسط پزشک یا ماما سن آخرین نوبت: سالگی ☐ غربالگری دهانه رحم (پاپ اسمیر/HPV test) سن آخرین نوبت: سالگی

پرسشنامه سلامت دهان و دندان

۱. منبع اصلی دریافت اطلاعات شما راجع به سلامت دهان و دندان کدام است؟ (انتخاب تا ۳ گزینه امکان پذیر است)
- ☐ رادیو ☐ تلویزیون ☐ روزنامه و مجله ☐ دندانپزشکم ☐ پزشک کودکان ☐ پزشکم ☐ دوستان و اقوام و همسایگان ☐ بهداشت خانواده (مرکز بهداشت) ☐ غیره
۲. آیا از اطلاعات خود در رابطه با سلامت دهان و دندان راضی هستید؟
- ☐ بله ☐ خیر ☐ نمیدانم

عملکرد در خصوص مراقبتهای سلامت دهان و دندان

۱. معمولاً هر چند وقت یکبار مسواک می زنید؟
- ☐ نامنظم یا هرگز ☐ هفته ای یک بار ☐ دو تا سه بار در هفته ☐ روزی یک بار ☐ بیش از یک بار در روز
۲. معمولاً هر چند وقت یکبار از نخ دندان استفاده می کنید؟
- ☐ هرگز ☐ گاهی ☐ دو تا سه بار در هفته ☐ روزی یک بار ☐ بیش از یک بار در روز
۳. در روز چند بار از تنقلات شیرین یا نوشیدنی شیرین (گرم یا سرد) ما بین غذا استفاده می کنید؟
- ☐ سه بار یا بیشتر ☐ حدود دو بار ☐ حدود یک بار ☐ گاهی، نه هر روز ☐ به ندرت

۴. آخرین ویزیت دندانپزشکی شما کی بوده است؟
- ☐ طی شش ماه گذشته ☐ شش ماه تا یک سال ☐ بیش از یکسال ولی کمتر از دو سال ☐ پنج سال یا بیش از پنج سال قبل ☐ هرگز (سؤال ۸) ☐ نمی دانم

۵. دلیل عدم مراجعه به دندانپزشکی:
- ☐ هزینه بالا ☐ بوی محیط دندانپزشکی ☐ ترس از مواد دندانپزشکی ☐ عدم دسترسی به دندانپزشک ☐ وقت نداشتن برای مراجعه به دندانپزشک ☐ سایر، نام ببرید.....

۶. علت ویزیت کدام یک از موارد زیر بوده است؟
- ☐ مشاوره و راهنمایی ☐ وجود درد یا مشکل در دندانها، لثه یا دهان ☐ معاینه دوره ای ☐ درمان یا ادامه درمان ☐ نمی دانم/ به خاطر ندارم

شاخصهای ارزیابی وضعیت دهان و دندان خود اظهار

۱. وضعیت سلامت دهان خود را چگونه ارزیابی می کنید؟
- ☐ بسیار خوب ☐ خوب ☐ متوسط ☐ بد ☐ بسیار بد ☐ نمی دانم
۲. اگر همین حالا به دندانپزشکی بروید، فکر می کنید که دندانپزشک در رابطه با دهان و دندان شما چه بگوید؟
- ☐ شما باید بهتر مسواک بزنید. ☐ نیاز به جرمگیری دارید ☐ کشیدن، پرکردن، عصب کشی و غیره نیاز دارید. ☐ وضعیت دندانی شما خوب است و مشکلی ندارید.
۳. وضعیت لثه خود را چگونه توصیف می کنید؟
- ☐ بسیار خوب ☐ خوب ☐ متوسط ☐ بد ☐ بسیار بد ☐ نمی دانم
۴. آیا در طول ۶ ماه گذشته دچار درد یا خونریزی لثه شده اید؟
- ☐ بله ☐ خیر ☐ نمی دانم
۵. آیا دندان مصنوعی متحرک دارید؟

پرسشنامه سلامت دهان و دندان

- ☐ بله، دندان مصنوعی متحرک تکه ای ☐ بله، دندان مصنوعی متحرک کامل فک بالا
☐ بله، دندان مصنوعی متحرک کامل فک پایین ☐ خیر
۶. چند دندان طبیعی دارید؟
- ☐ بدون دندان طبیعی ☐ یک تا ۹ دندان ☐ ده تا ۱۹ دندان ☐ بیست دندان یا بیشتر
۷. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته، (وجود مشکل در) دهان یا دندان هایتان موجب درد یا ناراحتی شده است؟
- ☐ بله ☐ خیر ☐ نمی دانم
۸. آیا در حال حاضر در دهانتان زخم یا ضایعه ای دارید؟
- ☐ بله ☐ خیر ☐ نمی دانم
۹. طی یک سال اخیر، هر چند وقت یکبار به خاطر وضعیت دهان و دندانهایتان، مشکلات زیر را تجربه کرده اید؟

فراوانی					مشکل
(۰) نمی دانم	(۱) هرگز	(۲) گاهی اوقات	(۳) برخی اوقات	(۴) بیشتر اوقات	
					اختلال در گاز زدن غذاها (نشان دهنده مشکلات دندانی در ناحیه قدام فکها)
					اختلال در جویدن غذاها (نشان دهنده مشکلات دندانی در ناحیه خلف فکها)
					اختلال در صحبت کردن یا اشکال در تلفظ
					خشکی دهان (نبود آب دهان یا بزاق)
					به خاطر ظاهر دندان هایم احساس خجالت می کنم.
					به خاطر مشکلات دهان یا دندان هایم عصبی می شوم.
					به خاطر دندان هایم از خندیدن خودداری می کنم.
					بارها (به خاطر مشکل دندان) از خواب پریده ام.
					برخی روزها (به خاطر مشکل دندان) از محل کار غیبت کرده ام.
					در انجام فعالیت های روزمره با مشکل مواجه هستم.
					احساس می کنم همسرم یا افرادی که به من نزدیک هستند به خاطر بوی بد یا ظاهر نازیبای دهانم تحمل مرا ندارند.
					مشارکتم در فعالیت های اجتماعی به خاطر بوی بد دهانم یا ظاهر نازیبای دهانم کمتر شده

معاینه دهان و دندان	
	تعداد کل دندانهای دائمی
	تعداد دندانهای پوسیده (D)
	تعداد دندانهای پر شده (F)
	تعداد دندانهای خارج شده به علت پوسیدگی (M)
	موارد ذیل باید توسط دندانپزشک ارزیابی و ثبت شوند:
محل ضایعات	نوع ضایعات دهانی
☐ لبه ورمیلون ☐ شیارهای گوشه لب ☐ لبها ☐ سالکوس ها ☐ مخاط باکال ☐ کف دهان ☐ زبان ☐ کام نرم/ کام سخت ☐ لثه/ سستیغ آلوفولار ☐ ثبت نشده/ بی پاسخ	☐ طبیعی/ بدون ضایعه مشهود ☐ تومور بدخیم (سرطان دهان) ☐ لکوپلاکیا ☐ لیکن پلان ☐ زخم (آفت، هرپتیک، ترومایی) ☐ التهاب حاد نکروزان زخم کننده لثه (ANUG) ☐ کاندیدیازیس ☐ آبسه ☐ سایر یافته ها و بیماریها: ☐ ثبت نشده/ بی پاسخ

توضیحات	پرسشنامه عادات فردی (از زمان فاز ثبت نام)
	۱. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) سیگار کشیده اید؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۳] ۲. اگر بله، نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ نخ روزانه نخ هفتگی به مدت ماه
	۳. آیا شما هم اکنون سیگار می کشید؟ ☐ بله [سؤال ۵] ☐ خیر ۴. اگر خیر، چه مدت است که سیگار نمی کشید؟ ماه
	۵. آیا شما در معرض تماس با دود سیگار در منزل و یا محل کار بوده/هستید؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۷] ۶. چند نفر از افرادی که در منزل و محل کار هستند به نحوی سیگار می کشند که شما در معرض دود آن باشید؟ نفر
	۷. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) قلیان کشیده اید؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۹] ۸. نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ سر/کلاه روزانه سر/کلاه هفتگی به مدت ماه
	۹. آیا شما هم اکنون قلیان می کشید؟ ☐ بله [سؤال ۱۱] ☐ خیر ۱۰. اگر خیر، چه مدت است که قلیان نمی کشید؟ ماه
	۱۱. آیا شما در معرض تماس با دود قلیان در محیط بسته بوده اید/هستید؟ برای چه مدتی؟ ☐ بله، ساعت در هفته ☐ خیر
	۱۲. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) ناس کشیده اید؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۱۴] ۱۳. نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ نوبت روزانه نوبت هفتگی به مدت ماه
	۱۴. آیا شما هم اکنون ناس مصرف می کنید؟ ☐ بله [سؤال ۱۶] ☐ خیر ۱۵. اگر خیر، چه مدت است که ناس مصرف نمی کنید؟ ماه
	۱۶. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) چپق یا پیپ کشیده اید؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۱۸] ۱۷. نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ سر/کلاه روزانه سر/کلاه هفتگی به مدت ماه
	۱۸. آیا شما هم اکنون چپق یا پیپ می کشید؟ ☐ بله [سؤال ۲۰] ☐ خیر ۱۹. اگر خیر، چه مدت است که چپق یا پیپ نمی کشید؟ ماه
	۲۰. آیا شما در معرض تماس با دود چپق یا پیپ در محیط بسته بوده/هستید؟ برای چه مدتی؟ ☐ بله، ساعت در هفته ☐ خیر

توضیحات	پرسشنامه عادات فردی (از زمان فاز ثبت نام)
	۲۱. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) مواد مخدر مصرف کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۲۳] لطفاً نوع مواد مخدر را مشخص کنید. (چند گزینه ای) ☐ تریاک ☐ هرویین ☐ سوخته ☐ شیره ☐ شیشه ☐ کوکاین ☐ کراک ☐ کریستال ☐ پان ☐ سایر:..... ۲۲. نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ (به ازای هر یک از مواد مصرفی) نوبت روزانه نوبت هفتگی نوبت ماهانه به مدت ماه
	۲۳. آیا شما هم اکنون مواد مخدر مصرف می کنید؟ ☐ بله [سؤال ۲۵] ☐ خیر ۲۴. اگر خیر، چه مدت است که مواد مخدر مصرف نمی کنید؟ ماه
	۲۵. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) مشروبات الکلی نوشیده اید؟ ☐ بله ☐ خیر [سؤال ۲۷] لطفاً نوع مشروبات الکلی را مشخص کنید. (چند گزینه ای) ☐ آبجو ☐ شراب ☐ مشروبات الکلی با خلوص بیش از ۴۰ درصد ۲۶. نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ (به ازای هر یک از مشروبات مصرفی) سی سی روزانه سی سی هفتگی سی سی ماهانه به مدت ماه
	۲۷. آیا شما هم اکنون مشروبات الکلی می نوشید؟ ☐ بله ☐ خیر ۲۸. اگر خیر، چه مدت است که مشروبات الکلی نمی نوشید؟ ماه