

طرح معاینات غربالگری سلامت اعضاء محترم هیئت علمی

پرسشنامه ی حاضر، به منظور بررسی سلامت اعضاء محترم هیئت علمی دانشگاه طراحی شده است و شامل سوالاتی است که می تواند ریسک فاکتور بیماری های مهم قابل پیشگیری را شناسایی کند. نتایج این غربالگری به طور کامل به اطلاع فرد فرد شما عزیزان خواهد رسید و بصورت شفاف در جریان بیماری های احتمالی که ممکن است با آن مواجه باشید قرار خواهید گرفت. نتایج این غربالگری می تواند در اتخاذ سیاست های پیشگیری از بیماری ها توسط سیاست گذاران بهداشت دانشگاه اثر گذار باشد تا مداخلات لازم برای تصحیح مشکلات سلامت شما طراحی و برنامه ریزی گردد. این مداخلات می تواند شامل تغییر برنامه غذایی سرو شده و همچنین استفاده از رویکردهای آموزشی برای اصلاح سبک زندگی شما باشد. براساس تعهدات حرفه ای پزشکان و سایر کادر بهداشتی درمانی محرمانه بودن پاسخ ها به طور کامل رعایت می گردد. با توجه به اهمیت اهداف طرح، خواهشمند است سؤالات زیر را مطالعه و به دقت همه آنها را پاسخ دهید. در صورت وجود هرگونه ابهام در سؤالات می توانید از همکاران مرکز بهداشت و درمان کمک بگیرید. پیشاپیش از همکاری صادقانه و دقت نظر شما سپاسگزاری می شود.

امضاء

1. مشخصات عمومی

2. نام و نام خانوادگی:	3. سن (به سال):
4. جنسیت: 1- مذکر <input type="checkbox"/> 2- مونث <input type="checkbox"/>	5. وضعیت تأهل: 1- مجرد <input type="checkbox"/> 2- متأهل <input type="checkbox"/> 3- سایر <input type="checkbox"/>
6. دانشکده:	7. شماره تلفن: ثابت / همراه:
8. آدرس پست الکترونیک (ایمیل):	

2. سوابق پزشکی

1. بیماری های گوارشی با کدام یک از علائم گوارشی زیر در حال حاضر مواجه هستید؟ 1- احساس گیر کردن لقمه حین غذا خوردن <input type="checkbox"/> 2- ایجاد درد در حلق هنگام بلعیدن مواد غذایی <input type="checkbox"/> 3- مدفوع قیری شکل و شل یا دفع خون تازه در مدفوع <input type="checkbox"/> 4- کاهش وزن و بی اشتها <input type="checkbox"/> 5- اسهال مزمن <input type="checkbox"/> 6- آفت دهان <input type="checkbox"/> 7- زردی <input type="checkbox"/> 8- بیوست مزمن <input type="checkbox"/> 9- کم خونی <input type="checkbox"/> 10- درد معده که شما را از خواب بیدار می کند <input type="checkbox"/> 11- خستگی مزمن <input type="checkbox"/> 12- نفخ و ترش کردن بعد از مصرف غذا <input type="checkbox"/> 13- هیچکدام <input type="checkbox"/>
2. بیماری های قلبی - عروقی 1- سابقه فشار خون <input type="checkbox"/> 2- سابقه چربی خون <input type="checkbox"/> 3- سکته قلبی در خانواده درجه یک قبل از 55 سالگی <input type="checkbox"/> 4- بی نظمی ضربان قلب <input type="checkbox"/> 5- هیچکدام <input type="checkbox"/>
3. کدامیک از موارد زیر را غیر از زمان سرماخوردگی تجربه کرده اید؟ 1- تنگی نفس حین فعالیت و یا راه رفتن <input type="checkbox"/> 2- درد قفسه سینه حین فعالیت یا راه رفتن <input type="checkbox"/> 3- هیچکدام <input type="checkbox"/>
4. بیماری های تنفسی 1- سرفه های بیش از 2 هفته <input type="checkbox"/> 2- خلط خونی <input type="checkbox"/> 3- سابقه آسم یا مصرف اسپری های تنفسی <input type="checkbox"/> 4- خونریزی از بینی <input type="checkbox"/> 5- سابقه آلرژی <input type="checkbox"/> 6- هیچکدام <input type="checkbox"/>
5. مشکلات دستگاه ادراری 1- ادرار خونی <input type="checkbox"/> 2- سابقه سنگ کلیه <input type="checkbox"/> 3- تخلیه ناکامل ادرار <input type="checkbox"/> 4- هیچکدام <input type="checkbox"/>

6. سابقه بیماری های هورمونی	1- دیابت نوع 1 و 2 <input type="checkbox"/>	2- کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/>	3- پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/>	4- یائسگی زیر 40 سال <input type="checkbox"/>	هیچکدام <input type="checkbox"/>
7. مفاصل و استخوان	1- سابقه درد مفاصل <input type="checkbox"/>	2- سابقه دردهای استخوانی <input type="checkbox"/>	3- هیچکدام <input type="checkbox"/>		
8. سابقه وجود کانسر	سابقه وجود کدامیک از کانسرهای زیر را در خود یا خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر) داشته اید؟				
1- سرطان سینه <input type="checkbox"/>	2- سرطان رحم و تخمدان <input type="checkbox"/>	3- سرطان ریه <input type="checkbox"/>	4- سرطان پروستات <input type="checkbox"/>		
5- سرطان دستگاه گوارش (مری، معده، روده) <input type="checkbox"/>	6- سایر موارد <input type="checkbox"/>	7- هیچکدام <input type="checkbox"/>			
9. سابقه واکسیناسیون	1- کزاز در ده سال اخیر <input type="checkbox"/>	2- هیپاتیت B <input type="checkbox"/>	3- آنفلوآنزا در موارد خاص <input type="checkbox"/>	4- هیچکدام <input type="checkbox"/>	

3. عادات غذایی

10. میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک واحد معادل یک فنجان میوه ریز و یا یک عدد میوه متوسط است)	1- به ندرت <input type="checkbox"/>	2- کم (کمتر از 2 واحد) <input type="checkbox"/>	3- متوسط (2 تا 4 واحد) <input type="checkbox"/>	4- زیاد (بیش از 4 واحد) <input type="checkbox"/>	
11. روزانه چند واحد سبزیجات مصرف می کنید؟ (یک واحد سبزی معادل یک لیوان سبزی خام مانند سبزی خوردن یا کاهو، نصف لیوان سبزی پخته مانند هویج یا لوبیا سبز)	1- به ندرت <input type="checkbox"/>	2- کم (کمتر از 3 واحد) <input type="checkbox"/>	3- متوسط (3 تا 5 واحد) <input type="checkbox"/>	4- زیاد (بیش از 5 واحد) <input type="checkbox"/>	
12. تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی (کیک، شکلات و ...) در هفته چقدر است؟	1- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	2- 2 یا 3 بار در هفته <input type="checkbox"/>	3- 1 بار در هفته <input type="checkbox"/>	4- به ندرت <input type="checkbox"/>	
13. روزانه چه میزان لبنیات مصرف می کنید؟ (یک واحد لبنیات برابر است با یک لیوان شیر یا ماست یا دو لیوان دوغ)	1- به ندرت <input type="checkbox"/>	2- کم (کمتر از 2 واحد) <input type="checkbox"/>	3- متوسط (2 تا 3 واحد) <input type="checkbox"/>	4- زیاد (بیش از 3 واحد) <input type="checkbox"/>	
14. از کدامیک از انواع مواد پروتئینی زیر بیشتر استفاده می کنید؟	1- گوشت، تخم مرغ، لبنیات <input type="checkbox"/>	2- حبوبات، سویا، قارچ <input type="checkbox"/>	3- ترکیبی از 1 و 2 <input type="checkbox"/>		
15. از کدامیک از انواع گوشت های زیر بیشتر استفاده می کنید؟	1- گوشت قرمز (گوشت گوسفند و گوساله) <input type="checkbox"/>	2- گوشت سفید (مرغ و ماهی) <input type="checkbox"/>	3- ترکیبی از گزینه اول و دوم <input type="checkbox"/>		
16. چه میزان غذای گوشتی و پروتئینی در روز مصرف می کنید؟ (یک واحد پروتئین برابر است با دو قوطی کبریت گوشت قرمز بدون چربی یا سفید یا ماهی، یک قوطی کبریت پنیر، یک فنجان حبوبات یا یک عدد تخم مرغ)	1- به ندرت <input type="checkbox"/>	2- کم (کمتر از 2 واحد) <input type="checkbox"/>	3- متوسط (2 تا 3 واحد) <input type="checkbox"/>	4- زیاد (بیش از 3 واحد) <input type="checkbox"/>	
17. تعداد دفعات استفاده شما از غذاهای آماده (فست فود) در هفته چقدر است؟	1- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	2- 2 یا 3 بار در هفته <input type="checkbox"/>	3- 1 بار در هفته <input type="checkbox"/>	4- به ندرت <input type="checkbox"/>	
18. در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آب میوه های صنعتی و ماء الشعیر استفاده می کنید؟	1- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>	2- 1 یا 2 روز در هفته <input type="checkbox"/>	3- به ندرت <input type="checkbox"/>		
19. قوت غالب کربوهیدرات مصرفی روزانه شما کدام یک از موارد زیر را شامل می شود؟	1- نان <input type="checkbox"/>	2- برنج <input type="checkbox"/>	3- نان و برنج با غالب بودن نان <input type="checkbox"/>	4- نان و برنج با غالب بودن برنج <input type="checkbox"/>	
20. چه میزان نان در روز مصرف می کنید؟ (یک واحد نان برابر است با 30 گرم از انواع نان ها (معادل 4 کف دست نان لواش یا 1 کف دست نان سنگک یا یا بربری)	1- به ندرت <input type="checkbox"/>	2- کم (کمتر از 4 واحد در روز) <input type="checkbox"/>	3- متوسط (4 تا 6 واحد) <input type="checkbox"/>	4- زیاد (بیش از 6 واحد) <input type="checkbox"/>	
21. چه میزان برنج در روز مصرف می کنید؟ (یک واحد برنج برابر است با 5 قاشق برنج معادل یک کفگیر سرخالی)	1- به ندرت <input type="checkbox"/>	2- کم (کمتر از 2 واحد) <input type="checkbox"/>	3- متوسط (2 تا 3 واحد) <input type="checkbox"/>	4- زیاد (بیش از 4 واحد) <input type="checkbox"/>	
22. بیشترین مقدار نان مصرفی شما را کدام نوع تشکیل میدهد؟	1- نان های سبوس دار (سنگک، بربری و ...) <input type="checkbox"/>	2- نان بدون سبوس (تافتون، لواش، باگت و ...) <input type="checkbox"/>			

4. عادات فردی

23. در طول یک هفته، چند روز حداقل به مدت سی دقیقه فعالیت بدنی دارید؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی سریع، شناکردن یا دوچرخه سواری و...)	1- اصلاً ندارم <input type="checkbox"/>	2- یک یا دو روز <input type="checkbox"/>	3- سه یا چهار روز <input type="checkbox"/>	4- پنج تا هفت روز <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	--

24. معمولا الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟	1- نداشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/>	2 داشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/>		
25. بطور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟	1- کمتر از 6 ساعت <input type="checkbox"/>	2- 6 تا 8 ساعت <input type="checkbox"/>	3- 8 تا 10 ساعت <input type="checkbox"/>	4- بیش از 10 ساعت <input type="checkbox"/>
26. کدام یک از گزینه های زیر در مورد سیگار کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟	1- قبلا استفاده می کردم <input type="checkbox"/> ماه / سال ترک کرده ام.		
2- اصلا استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/>	3- بطور موردی استفاده می کنم <input type="checkbox"/>	4- هفتگی استفاده می کنم <input type="checkbox"/> تعداد نخ در روز	
27. کدام یک از گزینه های زیر در مورد قلیان کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟	1- قبلا استفاده می کردم <input type="checkbox"/> ماه / سال ترک کرده ام.		
3- اصلا استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/>	3- بطور موردی استفاده می کنم <input type="checkbox"/>	4 - هفتگی استفاده می کنم <input type="checkbox"/> نوبت به مدت ماه / سال	

موارد زیر توسط متخصصین و کارشناسان مرکز بهداشت و درمان تکمیل گردد

5. معاینات جسمانی

28. قد:	29. وزن:	30. BMI	31. فشارخون (میلیمتر جیوه):	_____ = $\frac{\text{مکزیمم (سیستولیک)}}{\text{مینیمم (دیاستولیک)}}$
32. فشارخون نوبت دوم (میلیمتر جیوه):	_____ = $\frac{\text{مکزیمم (سیستولیک)}}{\text{مینیمم (دیاستولیک)}}$	33. فشار خون دست راست:	34. فشار خون دست چپ:	

6. معاینات پزشک متخصص

35. سمع ریه:	1- نرمال <input type="checkbox"/>	2- کاهش صداهای تنفسی <input type="checkbox"/>	3- کورس کراکل <input type="checkbox"/>	4- ویز <input type="checkbox"/>	5- رال <input type="checkbox"/>
36. سمع قلب:	1- نرمال <input type="checkbox"/>	2- بی نظمی ضربان قلب <input type="checkbox"/>	3- مرمر <input type="checkbox"/>	4- کلیک <input type="checkbox"/>	
37. سر و گردن:	1- نرمال <input type="checkbox"/>	2- ندول تیروئید <input type="checkbox"/>	3- گویتر تیروئید <input type="checkbox"/>		
38. معاینه اندام ها:	1- نرمال <input type="checkbox"/>	2- ادم اندام <input type="checkbox"/>			
39. معاینه شکم:	1- نرمال <input type="checkbox"/>	2- ارگانومگالی <input type="checkbox"/>	3- آسیت <input type="checkbox"/>	4- دیستنشن شکم <input type="checkbox"/>	5- تندرنس شکم <input type="checkbox"/>
40. معاینه غدد لنفاوی:	1- نرمال <input type="checkbox"/>	2- بزرگی غدد در ناحیه: سرویکال <input type="checkbox"/>	اینگوینال <input type="checkbox"/>	آگزیلار <input type="checkbox"/>	
41. ECG:	1- نرمال <input type="checkbox"/>	2- غیر نرمال با ذکر نوع آن <input type="checkbox"/>			
42. در صورت سن بالای 50 سال:	1- توصیه کولونوسکوپی هر 10 سال <input type="checkbox"/>				
43. در صورت سن بالای 55 سال و سابقه سیگاری بودن (30 pack در سال):	1- توصیه CT اسکن <input type="checkbox"/>				
44. در صورت خانم بودن و سن بالای 50 سال:	1- توصیه ماموگرافی هر دو سال <input type="checkbox"/>	2- توصیه ماموگرافی از 30 سالگی (در صورت های ریسک بودن): <input type="checkbox"/>			

7. نتیجه ارزیابی پزشک متخصص و پیگیری نهایی

45. سالم است و نیاز به پیگیری ندارد <input type="checkbox"/>
46. نیاز به پیگیری دارد (نیاز به پیگیری توسط پزشک مقیم درمانگاه، معاینات تکمیلی و ارجاع به فوق تخصص) <input type="checkbox"/>
تشخیص اولیه ذکر شود
47. نیاز به انجام: 1- کولونوسکوپی <input type="checkbox"/> 2- ماموگرافی <input type="checkbox"/> 3- CT اسکن ریه <input type="checkbox"/> 4- آزمایشات تکمیلی <input type="checkbox"/>
48. تحت نظر پزشک معالج است <input type="checkbox"/> تشخیص:

8. توضیحات:

.....

امضاء کارشناس:

امضاء پزشک: