

پرسشنامه بیماری برگر (ترومبوآنژیوت انسدادی)

فرم اطلاعات دموگرافیک

سن (سال): جنس: مرد زن

قد (سانتی‌متر): وزن (کیلوگرم): BMI:

شغل: سابقه کار: سال

درآمد ماهیانه:

تاهل: مجرد متاهل

محل سکونت: شهر روستا

مصرف سیگار: بلی خیر

در صورت مصرف سیگار، تعداد نخ در روز:

مصرف چای: فنجان در روز

مصرف قهوه: فنجان در روز

مصرف تنباکو: بلی خیر

از چه سالی تنباکو مصرف می‌نمایید؟.....

چه میزان تنباکو در روز مصرف می‌نمایید؟.....

مصرف الکل: بلی خیر

از چه سالی الکل مصرف می‌نمایید؟.....

چه میزان الکل در روز مصرف می‌نمایید؟.....

مصرف قلیان: بلی خیر

از چه سالی قلیان مصرف می‌نمایید؟.....

چه میزان قلیان در روز مصرف می‌نمایید؟.....

چه مواد مخدری مصرف می‌نمایید؟ تریاک هرویین حشیش شیره سایر.....

فشارخون (BP): فشارخون اندام فوقانی: فشارخون اندام تحتانی:

آیا دارویی مصرف می کنید: بلی خیر نام دارو.....

آیا به بیماری باکتری - ویروسی مبتلا است؟ بلی خیر

علت مراجعه به پزشک در بدو تشخیص چه بوده است؟.....

آیا بیمار حساسیت به سرما دارد؟ بلی خیر عضو و محل حساس به سرما را نام ببرید؟.....

سابقه قطع عضو دارد؟ بلی خیر کدام عضو؟.....چه سالی؟.....

محل قطع عضو؟ راست چپ

طول مدت علائم بروز بیماری چند ماه بوده است؟.....

میزان فعالیت روزانه چقدر است؟.....ساعت

میزان پیاده روی در روز چقدر است؟.....متر

میزان مسافتی که می تواند بدون درد طی کند، چند متر است؟.....

نوع سیگار مصرفی را مشخص نمایید؟

- سیگار ایرانی بدون فیلتر نظیرهما، اشنو ویژه
- سیگار ایرانی فیلتردار سیگار نظیر Full Flavor خارجی شیراز، زر، بهمن، تمام
- سیگارهای خارجی که رنگ جلد پاکت آنها قرمز است
- سیگار ایرانی و خارجی لایت نظیر تیر لایت، کاسپین لایت
- تمام سیگارهای خارجی که رنگ جلد پاکت آنها ابی است
- سیگار ایرانی و خارجی اولترالایت نظیر تمام سیگارهای خارجی که رنگ جلد پاکت آنها سبز یا سفید است
- سایر.....

بیمار انسداد شریانی دارد؟ بلی خیر عضو و محل را نام ببرید؟.....

آیا خانواده درجه یک بیمار سابقه مصرف دخانیات دارد؟ بلی خیر

چه نسبت خانوادگی با بیمار دارد؟.....

نام دخانیاتی که خانواده درجه یک بیمار مصرف می نماید، را نام ببرید؟.....

آیا بیمار زخم در اندام دارد؟ بلی خیر

محل زخم در اندام؟ فوقانی-راست فوقانی چپ تحتانی راست تحتانی چپ

مدت زمان ایجاد زخم چند ماه است؟.....

عضو دچار زخم رانام ببرید؟.....

محل زخم را ذکر نمایید؟.....

نتیجه کشت زخم؟ مثبت منفی

نام میکروارگانسیم؟.....

نوع زخم؟ سروزی چرکی خونابه ای خونی سایر

Stage زخم؟ ۱ ۲ ۳ ۴

نوع آنتی بیوتیک مصرفی جهت درمان زخم؟.....

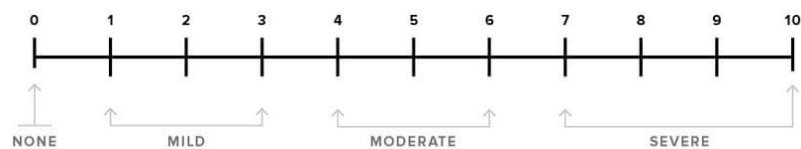
از چه تاریخی آنتی بیوتیک مصرف می نماید؟.....روز.....ماه.....سال

معاینات بالینی:

نام نبض	فشار نبض	نبض ضعیف	نبض قوی	بدون نبض
رادیال				
براکیال				
فمورال				
ژیگولار				
اولنار				
تمپورال				
پولپیتال				
پوستریور تیپیا یا تیپیاى خلفی				
دورسال پتیس				
سایر				

میزان درد؟.....

0-10 NUMERIC PAIN RATING SCALE



CBCdiff	
MCHC	
WBC	
RBC	
HB	
HC	
HCV	
HCH	
R.D.W	
PLT	
PTE	
MPV	
MCH	
MCV	
M/E	
FBS	
RF	
SGOT	
SGPT	
ALKP	
PT	
PTT	
INR	
ANA	
ESR	
CRP	
HDL	
LDL	

TG	
Estrogens	
Androgens	
Progesterone	
FSH	
LH	
SHBG	
BUN	
Cr	
U/A	
U/C	
BT	
CT	
VDRL	
ABG	
C3-convertase	
C4	
Factor I	
Factor D	
Factor B	
MASP	

.....سایر

سابقه بیماری زمینه ای در بیمار:

نوع درمان	سال تشخیص بیماری	سال شروع بیماری	خیر	بلی	بیماریها
					آرتریت روماتوئید
					آترواسکلروز
					ترومبوز
					لوپوس اریتماتیک سیستمیک
					بیماری بهجت
					بیماری رینود
					بیماری دیابت
					بیماری فشارخون
					TB
					بیماری عفونت های قارچی
					بیماریهای مزمن دهان، دندان، لثه
					ترومبوفیلیت

.....سایر

سابقه بیماری زمینه ای در خانواده بیمار:

بیماریها	بلی	خیر	نوع درمان	نسبت با بیمار
آرتريت روماتويد				
آترواسكلروز				
ترومبوز				
لوپوس اريتماتيک سيستميک				
بیماری بهجت				
بیماری رینود				
بیماری دیابت				
بیماری فشارخون				
TB				
بیماری عفونت های قارچی				
بیماریهای مزمن دهان، دندان، لثه				
ترومبوفیلیت				

سایر.....

روش های تشخیصی :

	سونوگرافی داپلر
	سی تی اسکن آنژیوگرام
	آنژیوگرافی رزونانس مغناطیسی (MRA)
	پلتیسموگرافی
	آرتریوگرافی
	رادیوگرافی
	اکو کاردیوگرافی
	تست آلن
	بیوپسی

.....سایر

علائم

علائم	بلی	خیر	زمان شروع علائم
درد متناوب در روی پا یا ساق پا به هنگام ورزش			
درد با استراحت بهبود می یابد			
درد و تغییر رنگ به صورت آبی شدن			
گرمی و سوزن سوزن شدن پاها به هنگام قرار گرفتن در معرض سرما			
بروز زخم های دردناک روی انگشتان و نوک انگشتان پا			
تحلیل رفتن عضلات			
ریزش مو			
گزگز			
سوزش			
خواب رفتن دست و پا			
گانگرن عضو			
سردی عضو			
لنگش متناوب			
تغییر رنگ ناخن			
شاخی شدن ناخن ها			
درد اندام در هنگام استراحت			
زخم در اندام			

سایر.....

درمان

درمان	بلی	خیر	زمان شروع درمان
آمپوتاسیون			
کاتتر اپی دورال			
پروستا گلاندین ها			
آسپرین			
سمپاتکتومی			
رواسکولاریزاسیون			
پنتوکسی فیلین			
ایلوپرست			
Ca بلوکر			
استرپتوکیناز			
ضد انعقاد (با ذکر نام)			

سایر.....

Burger disease follow-up questionnaire

علائم حیاتی بیمار:

..... T PR RR BP

فشار خون اندام فوقانی: فشار خون اندام تحتانی:

آیا بیمار زخم در اندام دارد؟ بلی خیر

محل زخم در اندام؟ فوقانی- راست فوقانی چپ تحتانی راست تحتانی چپ

مدت زمان ایجاد زخم چند ماه است؟

عضو دچار زخم رانام ببرید؟

محل زخم را ذکر نمایید؟

نتیجه کشت زخم؟ مثبت منفی

نام میکروارگانیزم؟

نوع زخم؟ سروزی چرکی خونابه ای خونی سایر

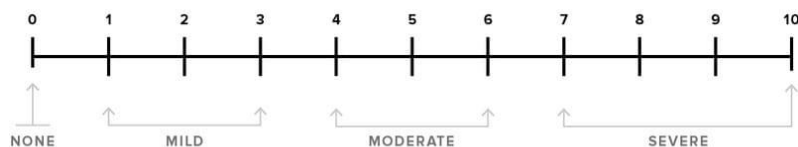
Stage زخم؟ ۱ ۲ ۳ ۴

نوع آنتی بیوتیک مصرفی جهت درمان زخم؟

از چه تاریخی آنتی بیوتیک مصرف می نماید؟ روز ماه سال

میزان درد؟

0-10 NUMERIC PAIN RATING SCALE



CBCdiff	
MCHC	
WBC	
RBC	
HB	
HC	
HCV	
HCH	
R.D.W	
PLT	
PTE	
MPV	
MCH	
MCV	
M/E	
FBS	
RF	
SGOT	
SGPT	
ALKP	
PT	
PTT	
INR	
ANA	
ESR	
CRP	
HDL	
LDL	
TG	
Estrogens	

Androgens	
Progesterone	
FSH	
LH	
SHBG	
BUN	
Cr	
U/A	
U/C	
BT	
CT	
VDRL	
ABG	
C3-convertase	
C4	
Factor I	
Factor D	
Factor B	
MASP	

سایر.....

- داروهایی که از قبل مصرف می کنید، را نام ببرید؟.....
- داروهایی که جدید مصرف می کنید، را نام ببرید؟.....
- میزان فعالیت روزانه چقدر است؟.....ساعت
- میزان پیاده روی در روز چقدر است؟..... متر
- میزان مسافتی که می تواند بدون درد طی کند، چند متر است؟.....

کیفیت خواب بیمار چگونه است؟

طی ماه گذشته :

۱. معمولاً چه ساعتی به رختخواب رفته اید؟.....
۲. هر شب چند دقیقه طول کشیده تا خوابتان ببرد؟.....
۳. معمولاً صبح چه ساعتی از خواب بیدار می شوید؟.....
۴. خواب واقعی شما در طول شب چند ساعت است؟.....
۵. در طول چند شب گذشته چند بار به علل زیرمشکل خواب داشته اید :
(a) در مدت ۳۰ دقیقه پس از رفتن به رختخواب خوابتان نبرده :

(۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

(۲) کمتر از یک بار

(۳) یک یا دو بار

(۴) سه بار یا بیشتر

(b) در اواسط شب یا صبح خیلی زود از خواب بیدار می شوید :

(۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

(۲) کمتر از یک بار

(۳) یک یا دو بار

□ سه بار یا بیشتر

(c) مجبور بودید برای دستشویی رفتن بلند شوید:

□ (۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

□ (۲) کمتر از یک بار

□ (۳) یک یا دو بار

□ (۴) سه بار یا بیشتر

(d) به راحتی قادر به نفس کشیدن نبوده اید:

□ (۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

□ (۲) کمتر از یک بار

□ (۳) یک یا دو بار

□ (۴) سه بار یا بیشتر

(e) با صدای بلند خروپف یا سرفه کرده اید:

□ (۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

□ (۲) کمتر از یک بار

□ (۳) یک یا دو بار

□ (۴) سه بار یا بیشتر

(f) احساس سرما کرده اید :

(۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

(۲) کمتر از یک بار

(۳) یک یا دو بار

(۴) سه بار یا بیشتر

(g) احساس گرما کرده اید :

(۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

(۲) کمتر از یک بار

(۳) یک یا دو بار

(۴) سه بار یا بیشتر

(h) خواب بد دیده اید :

(۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

(۲) کمتر از یک بار

(۳) یک یا دو بار

(۴) سه بار یا بیشتر

(i) احساس درد داشته اید :

(۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

(۲) کمتر از یک بار

(۳) یک یا دو بار

(۴) سه بار یا بیشتر

(j) اگر موارد دیگری وجود داشته است، لطفاً توضیح دهید:

(۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

(۲) کمتر از یک بار

(۳) یک یا دو بار

(۴) سه بار یا بیشتر

۶. در طی ماه گذشته چند بار برای خوابیدن از دارو استفاده کرده اید؟

(۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

(۲) کمتر از یک بار

(۳) یک یا دو بار

□ (۴) سه بار یا بیشتر

۷. در طی ماه گذشته چند بار هنگام رانندگی، غذا خوردن و یا انجام فعالیت های اجتماعی به سختی بیدار مانده اید؟

□ (۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

□ (۲) کمتر از یک بار

□ (۳) یک یا دو بار

□ (۴) سه بار یا بیشتر

۸. در طی ماه گذشته چه مقدار مشکل برای با اشتیاق انجام دادن کارها داشته اید؟

□ (۱) اصلاً این اتفاق نیفتاده

□ (۲) کمتر از یک بار

□ (۳) یک یا دو بار

□ (۴) سه بار یا بیشتر

۹. در طی ماه گذشته به طور کلی کیفیت خواب خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

□ (۱) خیلی خوب

□ (۲) نسبتاً خوب

□ (۳) نسبتاً بد

□ (۴) خیلی بد

پرسشنامه کیفیت زندگی

● به طور کلی وضعیت سلامت خود را چگونه می بینید؟

عالی ضعیف متوسط خوب خیلی خوب

● میزان سلامتی خود را در حال حاضر با مقایسه با سال قبل چگونه ارزیابی می کنید؟

الف) از سال قبل بسیار بهتر هستم

ب) تا حدی بهتر از سال قبل هستم

ج) مثل سال قبل هستم

د) در حال حاضر تا حدی بدتر از سال قبل هستم

ه) در حال حاضر بسیار بدتر از سال قبل هستم

- سوالاتی که در زیر می آید درباره ی فعالیت‌هایی است که شما به طور عادی در طول روز انجام می‌دهید آیا در انجام این فعالیتها محدودیت یا مشکلی دارید؟ اگر دارید چقدر است؟ (لطفا یک مورد را علامت بزنید):

اصلا مشکل ندارم	کمی مشکل دارم	مشکل دارم	سوال
			در فعالیت‌های شدید مثل دویدن، بلند کردن اجسام سنگین، شرکت کردن در ورزش های سنگین
			در فعالیت‌های متوسط مثل جا به جا کردن میز، کشیدن جارو برقی و...
			در حمل کردن خرید روزانه
			در بالا رفتن از چند طبقه
			در بالا رفتن از يك طبقه
			خم شدن، دولا شدن، زانو زدن
			پياده روي بيش از يك كيلومتر
			پياده روي به فاصله چند صد متر
			پياده روي به فاصله يك صد متر
			در استحمام یا پوشیدن لباسهای خود

- در طی چهار هفته گذشته آیا در کار یا تنظیم فعالیت روزانه خود مشکلات زیر را به خاطر مشکل جسمی داشته اید؟

سوال	بلی	خیر
مجبور شده اید که از زمان لازم برای انجام کار یا فعالیت های دیگر کم کنید؟		
کمتر از آنچه که میخواستید وقت گذاشته اید؟		
در انجام يك نوع کار یا فعالیت خاص مشکل داشته اید؟		
کار عادی خود را با سختی و مشکل بیشتری انجام داده اید؟		

- در طی چهار هفته گذشته به علت مسائل روانی مثل اضطراب و یا افسردگی در انجام امور معمولی روزانه و انجام کارها با مشکلات زیر روبه رو بوده اید؟

سوال	بلی	خیر
مجبور شده اید که از زمان لازم برای انجام کار یا فعالیت های دیگر کم کنید؟		
کمتر از آنچه که میخواستید وقت گذاشته اید؟		
در انجام کارهای روزمره از دقت معمول برخوردار نبوده اید؟		

- در طی چهار هفته گذشته وضعیت سلامت جسمی و روانی شما تا چه اندازه در روابط اجتماعی معمول شما در رابطه با خانواده ، دوستان، همسایگان و یا سایر افراد اختلال ایجاد کرده است؟

هیچ به طور جزئی نسبتاً متوسط مقیاری فوق العاده زیاد

- در طی چهار هفته گذشته چه مقدار درد بدنی داشته اید؟

هیچ خیلی خفیف خفیف متوسط شدید خیلی شدید

- در طی چهار هفته گذشته درد بدنی تا چه اندازه مانع از انجام کارهای عادی شما شده است؟

اصلا مانع نشده کمی به طور متوسط تقریبا تا حدی فوق العاده زیاد

- این سوالات در مورد احساس شما و اینکه در طی چهار هفته گذشته چطور بودید، است لطفا موردی را انتخاب کنید که به احساس شما نزدیکتر باشد.

گزینه ها	همه اوقات	بیشتر اوقات	مقدار زیادی از اوقات	گاهی اوقات	مقدار کمی از اوقات	هیچ وقت
آیا روحیه خوبی داشته اید؟						
آیا خیلی عصبانی بوده اید؟						
آیا آنقدر عصبانی بوده اید که هیچ چیز شما را خوشحال نمی کرد؟						
آیا احساس آرامش می کردید؟						
آیا خود را با انرژی احساس می کردید؟						
آیا احساس فرسودگی داشته اید؟						
آیا احساس غمگینی یا ناامیدی داشته اید؟						
آیا شخص خوشحالی بوده اید؟						
آیا احساس خستگی داشتید؟						

- در طی چهار هفته گذشته تا چه میزان مشکلات و مسائل جسمی و عاطفی بر فعالیتهای اجتماعی شما تاثیرگذار بوده است؟

همه ی اوقات بیشتر اوقات گاهی اوقات مقدار کمی از اوقات هیچ وقت

- موارد زیر تا چه اندازه در مورد شما صادق یا نادرست است.

گزینه ها	کاملا درست	بیشتر درست	نمیدانم	بیشتر نادرست	کاملا نا درست
من از دیگران زودتر بیمار می شوم					
سلامت من در حد سلامت دیگران است					
انتظار دارم وضعیت سلامتی ام بدتر شود					
وضعیت سلامتی من در حد عالی است					