

پرسشنامه طرح بررسی سلامت دستگاه گوارش فوقانی
Golestan Cohort Study

۱- اطلاعات فردی

۱.۱. کد فرد:

۱.۲. نام:

۱.۳. نام خانوادگی:

۱.۴. محل انجام مصاحبه:

(۱) کلینیک اترک (۲) مرکز کوهورت (۳) مراکز اقماری کوهورت (۴) مراکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت
(۵) منزل فرد (۶) بیمارستان خاتم (۷) بیمارستان مطهری (۸) بیمارستان برزویه
(۹) بیمارستان شهدا (۱۰) سایر.....

۱.۵. تاریخ مصاحبه: (روز/ ماه / سال)

۱.۶. محل سکونت و تلفن

استان: شهرستان: شهر: بخش:

روستا: خیابان: کوچه: پلاک:

تلفن منزل: پیش شماره: تلفن همراه:

کد پستی:

تلفن محل کار یکی از اعضای خانواده: پیش شماره:

نام و نام خانوادگی:

۱.۷. نام سرپرست خانواده:

نسبت سرپرست خانواده

۱.۸. آدرس ۲ (یکی از خویشاوندان یا دوستان)

نام و نام خانوادگی:

استان: شهرستان: شهر:

بخش: روستا: خیابان: کوچه:

پلاک:

تلفن منزل: پیش شماره: تلفن همراه:

این برگه باید بطور جداگانه و قبل از وارد کردن اطلاعات به پرسشنامه پر شود. سپس بعد از اطمینان از همخوانی بین نام و کد فرد که در بالای تمام صفحات پرسشنامه درج شده، آنرا جدا سازی.

ادامه اطلاعات فردی

۱.۹ جنس: (۱) مرد | (۲) زن |

۱.۱۰ تاریخ تولد (تاریخ شمسی): روز/ماه/سال

۱.۱۱ سن (سال کامل):

۱.۱۲ نژاد:

(۱) ترکمن (۲) فارس (۳) ترک (۴) سیستانی (۵) بلوچ
(۶) کرد (۷) افغانی (۸) سایر:

۱.۱۲.۱ در صورت ترکمن بودن، قوم: (برای افراد غیر ترکمن کد ۸ را وارد نمایید)
(۱) یموت (۲) گوگلان (۳) تکه (۴) سایر:

۱.۱۳ وضعیت تاهل:

(۱) مجرد (۲) متاهل (۳) همسر مرده، بیوه
(۴) مطلقه (۵) سایر:

۱.۱۴ سطح تحصیلات:

(۱) بیسواد (۲) مساوی یا کمتر از ۵ سال (۳) ۶-۸ سال
(۴) ۹-۱۲ سال (۵) تحصیلات عالی

توضیح ضروری: در تمامی این پرسشنامه برای پاسخ هایی که به صورت عدد ثبت می گردند و به هر علتی خالی و بدون پاسخ می مانند، مانند نامشخص بودن پاسخ و یا عدم اندازه گیری (به شرط نبودن گزینه مناسب در بین گزینه ها)، بر حسب مورد عدد ۹ یا ۹۹ یا ۹۹۹ یا ۹۹۹۹ را به ترتیب برای پاسخهای یک رقمی، دو رقمی، سه رقمی و یا چهار رقمی وارد نمایید. در پایان مصاحبه قسمتهای مربوط به خود، مطمئن شوید که هیچیک از پاسخ های عددی در متن پرسشنامه و جداولی که دارای شماره سوال در هر ردیف هستند و نیز سطرهای دارای داده در جداول دیگر، خالی نمانده باشند.

۲.۲، نوع اصلی سوخت مصرفی برای پخت و پز و گرم کردن را فهرست نمایید.

سوخت گرم کردن و پخت و پز	سیستم گرمایش اصلی
(۱) گاز	(۱) بخاری دیواری
(۲) چوب/هیزم	(۲) بخاری بدون دودکش
(۳) پهن/سایر مواد ارگانیک	(۳) بخاری دودکش دار
(۴) نفت /گازوئیل	(۴) سایر
(۵) برق	(۵) نمیدانم
(۶) سایر	
(۷) نمی دانم	

سوخت پخت و پز	سوخت گرم کردن	سیستم گرمایش	تاسن	از سن	ردیف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰

۳. سوابق شغلی

۳.۱. آیا در طول زندگی خود حداقل معادل یکسال شغلی داشته اید؟

(۱) بلی (۲) خیر

۳.۲. در چه سنی شروع به کار کردید؟ (در صورت عدم اشتغال کد ۹۸ را وارد نمایید)

۳.۳. تمام شغل هایی که حداقل به مدت یکسال بدان اشتغال داشتید را از زمان اولین شغل به ترتیب، نام ببرید. در صورت اشتغال به چند شغل در یک

دوره زمانی، همه آنها را ذکر کنید. مشاغلی را که در منزل انجام میگیرند (مانند فرشبافی) را نیز ذکر نمایید.

ردیف	از سن	تا سن	شغل	کد شغل	ساعت در روز	ماه در سال	شدت فعالیت
۱	_____	_____	_____	_____	_____	_____
۲	_____	_____	_____	_____	_____	_____
۳	_____	_____	_____	_____	_____	_____
۴	_____	_____	_____	_____	_____	_____
۵	_____	_____	_____	_____	_____	_____
۶	_____	_____	_____	_____	_____	_____

شدت فعالیت: ۱=مشاغلی که حین نشستن قابل انجام هستند، ۲=مشاغلی که به تلاش بدنی اندکی نیاز دارند مانند مشاغلی که به صورت ایستاده، نشسته و یا قدم زدن آهسته انجام می شوند و به تلاش بدنی شدیدی نیاز ندارند (مانند فروشنده مغازه، آرایشگر، نگهبان و غیره)، ۳= مشاغلی که به حمل بارهای سبک و کار مداوم نیاز داشته و عمدتاً مشاغلی هستند که در داخل ساختمان انجام می شوند و گاهی ممکن است ضربان قلب را اندکی بالا برده و یا باعث تعریق خفیف شوند (مانند تمیزکننده منزل، پرستار، برقکار و غیره)، ۴= مشاغلی که به حمل بارهای سنگین و راه رفتن فراوان نیاز دارند و عمدتاً در بیرون از ساختمان انجام می شوند. این مشاغل باعث افزایش قابل توجه ضربان قلب و تعریق شدید می شوند (مانند معدنچی، آجرچین، کارگر ساختمانی، بیل زن و غیره).

۳.۴. آیا در حال حاضر شاغل هستید؟

(۱) بلی (۲) خیر

در مورد زنان (برای مردان کد ۹۹۸ را وارد نمایید)

۳.۵. اگر متاهل هستید، شغل فعلی شوهر شما و اگر متاهل نیستید، شغل فعلی سرپرست خانواده چیست؟

.....

۴. خانوار و وضعیت اقتصادی خانواده

- ۴.۱. محلی که در آن زندگی می کنید: _____
- (۱) به شما تعلق دارد (۲) اجاره نشین هستید (۳) متعلق به والدین (۴) توسط دولت یا سازمانی که در آن کار میکنید فراهم شده است (سازمانی) (۵) سایر
- ۴.۲. مساحت محل سکونت شما (به متر مربع) بدون در نظر گرفتن باغچه، ایوان، محل نگهداری حیوانات، کارگاه و غیره چقدر است؟ _____
- ۴.۳. تعداد افرادی از خانواده که با هم در منزل فعلی شما زندگی می کنید؟ _____
- ۴.۴. سطح تحصیل سرپرست خانواده: _____
- (۱) بیسواد (۲) مساوی یا کمتر از ۵ سال (۳) ۶-۸ سال (۴) ۹-۱۲ سال (۵) تحصیلات عالی
- ۴.۵. بستگان درجه یک شما چند نفر هستند؟ (بجز اعضای از خانواده که در سال اول زندگی فوت کرده اند ولی با در نظر گرفتن سایر آنها)

شماره	خویشاوند	تعداد
۴.۵.۱	برادران تنی	_____
۴.۵.۲	برادران ناتنی	_____
۴.۵.۳	خواهران تنی	_____
۴.۵.۴	خواهران ناتنی	_____
۴.۵.۵	فرزندان ذکور	_____
۴.۵.۶	فرزندان مونث	_____

۴.۶. کدامیک از امکانات زیر در منزل شما موجود است؟

شماره	نام وسیله	۱=بلی / ۲=خیر	اگر بلی، چند سال است که دارای آن هستید اگر خیر= کد ۹۸
۴.۶.۱	اتومبیل شخصی	_____	_____
۴.۶.۲	موتور سیکلت شخصی	_____	_____
۴.۶.۳	تلویزیون رنگی	_____	_____
۴.۶.۴	تلویزیون سیاه و سفید	_____	_____
۴.۶.۵	حمام داخل منزل	_____	_____
۴.۶.۶	جاروبرقی	_____	_____
۴.۶.۷	ماشین لباسشویی	_____	_____
۴.۶.۸	یخچال	_____	_____
۴.۶.۹	فریزر	_____	_____
۴.۶.۱۰	کامپیوتر	_____	_____

فقط در مورد زنان: (برای مردان کد ۹۸ را وارد نمایید)

۴.۷. چند بار حامله شده اید؟

۴.۸. چند فرزند زنده به دنیا آورده اید؟

۵. سابقه شخصی بیماری

۵.۱. آیا در حال حاضر و یا در سابق بیماریهای زیر را که توسط پزشک تایید شده باشد را داشته اید؟

شماره	بیماری	(۱) بلی (۲) خیر	سن در زمان تشخیص اگر خیر = کد ۹۸
۵.۱.۱	بیماری روماتیسمی قلب	_____	_____
۵.۱.۲	آنژین / انفارکتوس / نارسایی قلبی	_____	_____
۵.۱.۳	سکته مغزی	_____	_____
۵.۱.۴	افزایش فشار خون	_____	_____
۵.۱.۵	بیماری قند	_____	_____
۵.۱.۶	بیماری انسدادی مزمن ریه (آسم، برونشیت مزمن، آمفیزم)	_____	_____
۵.۱.۷	نارسایی مزمن کلیه	_____	_____
۵.۱.۸	زردی	_____	_____
۵.۱.۹	نارسایی مزمن کبدی	_____	_____
۵.۱.۱۰	سل	_____	_____

۵.۲. آیا سابقه عمل جراحی داشته اید؟

(۱) بلی (۲) خیر

۵.۲.۱. در صورت بلی نوع عمل جراحی و سن انجام آن را مشخص نمایید:

سن	نوع عمل جراحی
_____
_____
_____
_____
_____

۵.۳. آیا سابقه تزریق خون داشته اید؟

(۱) بلی (۲) خیر

۵.۳.۱. آیا طی ماه گذشته به شما خون تزریق شده است؟

(۱) بلی (۲) خیر

۶. علایم و نشانه های دستگاه گوارش فوقانی

۶.۱. آیا شما تا به حال علائم زیر را داشته اید؟ اگر بلی، اولین بار کی دچار این علایم شدید؟

*زمان

- (۱) در طی یکسال گذشته
 (۲) بین ۱ تا ۵ سال پیش
 (۳) بین ۶ تا ۱۰ سال پیش
 (۴) بیش از ۱۰ سال قبل
 (۸) هرگز

شماره	علایم	(۱) بلی (۲) خیر	زمان (اولین بار)*
۶.۱.۱	احساس برگشت غذا از معده به بالا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶.۱.۲	ترش کردن یا احساس سوزش در زیر جناغ سینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶.۱.۳	احساس دشواری در بلع (جامدات یا مایعات)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۶.۲. ظرف یکسال گذشته و قبل از آن، هر چند مدت یکبار دچار احساس برگشت غذا از معده به بالا یا ترش کردن یا سوزش زیر جناغ سینه می شدید؟

شماره	دوره زمانی	دفعات*	شدت**
۶.۲.۱	ظرف یکسال گذشته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶.۲.۲	قبل از یکسال گذشته	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*دفعات

- (۱) تقریباً هر روز (۲) ۳-۵ بار در هفته (۳) ۱-۲ بار در هفته
 (۴) فقط با بعضی غذاها و نوشیدنی ها یا در مواقع خاص
 (۵) یک تا سه بار در ماه
 (۸) هرگز

**شدت

- (۱) خفیف، اگر به آن فکر نکنم احساسش نمیکنم
 (۲) متوسط، اگر به آن فکر نکنم اگر چه از بین نمیروم اما مانع انجام امور روزانه نمیشود.
 (۳) شدید، مانع انجام امور روزانه میشود.
 (۴) شبها نیز مرا از خواب بیدار میکند.
 (۸) فقدان علامت

۶.۳. آیا هرگز به خاطر ترش کردن یا سوزش زیر جناغ سینه، دارو مصرف نموده اید؟

- (۱) بلی (۲) خیر (۸) علایم فوق را نداشته ام

۶.۴. آیا طی سال گذشته کاهش وزن داشته اید؟

- (۱) بلی (۲) خیر

۶.۴.۱. اگر بلی، چند کیلوگرم؟ (اگر خیر=۹۸، نامشخص=۹۹)

۶.۴.۲. آیا این کاهش وزن ارادی بوده است (یعنی با رژیم غذایی)؟

- (۱) بلی (۲) خیر (۸) کاهش وزن نداشته ام

۷. سابقه شخصی و خانوادگی کانسر

۷.۱. آیا شما مبتلا به کانسری که توسط پزشک تشخیص داده شده باشد بوده اید؟

_____ (۱) بلی _____ (۲) خیر

۷.۱.۱. اگر بلی، سن اولین تشخیص: (اگر خیر: ۹۸)

۷.۱.۲. منشا آن (بر اساس جدول زیر) کجا بوده است؟ (در عدم وجود سابقه کانسر کد ۹۸ را وارد نمایید)

کد محل تشخیص: ۱= دهان یا حلق، ۲= مری، ۳= معده، ۴= روده بزرگ، ۵= لوزالمعده، ۶= کبد، ۷= حنجره، ۸= ریه، ۹= پوست، ۱۰= پستان، ۱۱= رحم، ۱۲= پروستات، ۱۳= مثانه، ۱۴= خون، ۱۵= سایر، ۱۶= منشا نامشخص.

۷.۲. سابقه ابتلا به کانسر در اعضای فامیل را در جدول زیر فهرست نمایید:

نسبت فامیلی	سن تشخیص	محل تشخیص	کد ICD-10
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

کد نسبت فامیلی: (۱) پدر (۲) مادر (۳) برادر تنی (۴) خواهر تنی (۵) برادر ناتنی (۶) خواهر ناتنی (۷) پسر (۸) دختر (۹) پدر بزرگ یا مادر بزرگ (۱۰) همسر (۱۱) سایر خویشاوندان خونی درجه دو (عمو، عمه، دایی، خاله، عمو و عمه زاده، خاله و دایی زاده)

۸. مصرف دخانیات و اپیوم

۸.۱ آیا بطور مرتب (حداقل یکبار در هفته به مدت شش ماه) سیگار کشیده اید؟

بلی (۱) خیر (۲)

۸.۲ آیا در حال حاضر سیگار می کشید؟

بلی (۱) خیر (۲) هیچگاه سیگار مصرف نکرده ام (۳)

۸.۳ مصرف سیگار را از زمان آغاز مصرف منظم آن فهرست نمایید:

روز در هفته	تعداد در روز	نوع*	تا سن	از سن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*نوع: ۱= سیگار فیلتر دار کارخانه ای، ۲= سیگار بدون فیلتر کارخانه ای، ۳= دست ساز

۸.۴ آیا بطور مرتب (حداقل یکبار در هفته به مدت شش ماه) ناس، قلیان، چپق یا پیپ استفاده کرده اید؟

بلی (۱) خیر (۲)

۸.۴.۱ در صورت بلی، نوع و مدت مصرف آن را مشخص نمایید:

توضیحات	اگر مصرف شده باشد				آیا مصرف شده؟ (۱) بلی	نوع
	روز در هفته	دفعات معمول روزانه	تا سن	از سن		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ناس
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چپق
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیپ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قلیان
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

۸.۵ آیا بطور مرتب (حداقل یکبار در هفته در مدت شش ماه) تریاک-موادمخدر استفاده کرده اید؟

□

(۱) بلی (۲) خیر

۸.۵.۱ در صورت بلی، نوع و مدت مصرف آن را مشخص نمایید:

توضیحات	اگر مصرف شده باشد					آیا مصرف شده؟ (۱) بلی	نوع
	روز در هفته	مصرف روزانه (نخود)	نحوه مصرف	تا سن	از سن		
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	تریاک
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	هروئین
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	سوخته
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	شیره
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	
	□	□□□	□	□□□	□□□	□	

نحوه مصرف: ۱=وافور، ۲=خوراکی، ۳=قورقوری، ۴=سیمی، ۵=تزریقی،

۸.۶ آیا در زمان کودکی و یا نوزادی، سوخته یا اپیوم دیگری به شما داده شده است؟

□

(۱) بلی (۲) خیر (۳) نمی داند

۸.۷ آیا تا کنون برای برطرف کردن نارامی (ناراحتی) فرزندان، از سوخته یا اپیوم دیگری استفاده کرده اید؟

□

(۱) بلی (۲) خیر

۹. مصرف الکل

۹.۱. آیا بطور مرتب (حداقل یکبار در ماه به مدت شش ماه) از مشروبات الکلی استفاده کرده‌اید؟

_____ (۱) بلی (۲) خیر

۹.۲. در صورت بلی، نوع و مدت مصرف آن را مشخص نمایید:

توضیحات	اگر مصرف شده باشد				آیا مصرف شده؟ (۱) بلی	نوع
	تعداد دفعات مصرف در ماه	متوسط میزان مصرف در هر بار مصرف (cc)	تا سن	از سن		
	_____	_____	_____	_____	_____	آبجو
	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	مشروبات وارداتی (ودکا، ویسکی، جین، غیره)
	_____	_____	_____	_____	_____	مشروبات دست ساز
	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	سایر
	_____	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	

۱۱. بهداشت دهان و دندان

۱۱.۱. آیا هیچیک از دندانهای دایمی خود را از دست داده اید؟

(۱) بلی (۲) خیر

۱۱.۱.۱. اگر بلی، در چه سنی اولین دندان دایمی خود را از دست داده اید؟ (اگر خیر: کد ۹۸ را وارد نمایید)

۱۱.۲. آیا از دندان مصنوعی استفاده می کنید؟

۱۱.۲.۱. فک فوقانی (۱) بلی (۲) خیر

۱۱.۲.۲. فک تحتانی (۱) بلی (۲) خیر

۱۱.۳. آیا در طول روز معمولا از آن استفاده می کنید؟

۱۱.۳.۱. فک فوقانی (۱) بلی (۲) خیر (۸) دندان مصنوعی ندارم

۱۱.۳.۲. فک تحتانی (۱) بلی (۲) خیر (۸) دندان مصنوعی ندارم

۱۱.۴. در چه سنی برای اولین بار دارای دندان مصنوعی شدید؟ (در صورت نداشتن دندان مصنوعی: کد ۹۸ را وارد نمایید)

۱۱.۴.۱. فک فوقانی

۱۱.۴.۲. فک تحتانی

۱۱.۵. دفعات مسواک زدن دندانها:

(۱) یکبار در روز (۲) دو بار در روز (۳) سه بار در روز

(۴) سایر (نام ببرید) (۵) مسواک نمی زنم

۱۱.۶. در طی یکسال گذشته، دفعات ناراحت کننده بودن مصرف برخی مواد غذایی خاص به خاطر مسائل مربوط به دندانها، لثه و یا دندانهای مصنوعی

به چه میزان بوده است؟

(۱) اکثر اوقات (۲) تقریبا اکثر اوقات (۳) گاهی (۴) به ندرت (۵) هرگز (۶) به یاد نمی آورم

۱۱.۷. به خاطر مسائل مربوط به دندانها، لثه و یا دندانهای مصنوعی، از مصرف چه مواد غذایی خودداری می کنید؟

(۱) غذاهای سفت و جامد (۲) نوشابه های خنک (۳) هردو

(۴) سایر (نام ببرید) (۵) مشکلی ندارم

۱۱.۸. معیار DMF

۱۱.۸.۱. تعداد کل دندانها

۱۱.۸.۲. تعداد دندانهای پوسیده (D)

۱۱.۸.۳. تعداد دندانهای کشیده شده (M)

۱۱.۸.۴. تعداد دندانهای پر شده (F)

۱۱.۹. مخاط دهان:

(۰) طبیعی (۱) لکه سفید (۲) لکه قرمز (۳) زخم (۴) ضایعه برجسته (تومور مانند) (۵) سایر (شرح دهید).....

۱۲. اندازه گیری فشار خون (نشسته)

با دو بار اندازه گیری تایید شود (بر حسب میلیمتر جیوه).

۱۲.۱. بازوی راست:

۱۲.۱.۱. دیاستولیک / سیستولیک

۱۲.۱.۲. دیاستولیک / سیستولیک

۱۲.۲. بازوی چپ:

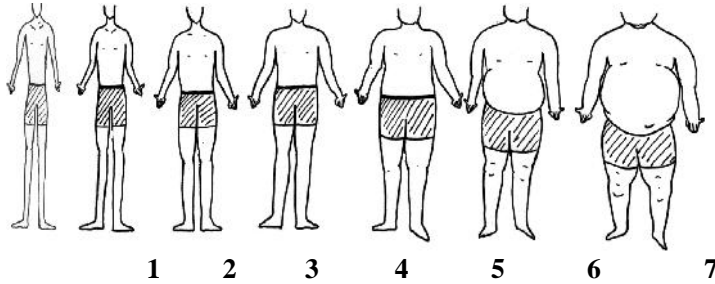
۱۲.۲.۱. دیاستولیک / سیستولیک

۱۲.۲.۲. دیاستولیک / سیستولیک

۱۳. شاخص های آنتروپومتریک

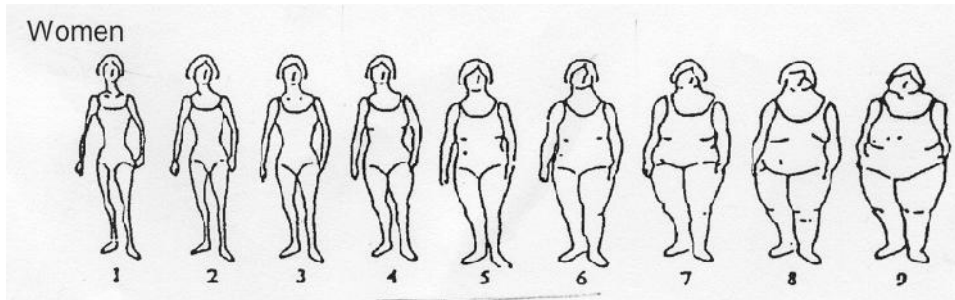
۱۳.۱. شکل بدن در دوره های مختلف زندگی (پیکتوگرم): لطفا شکلی را که فکر می کنید در سن های مختلف داشته اید را علامت بزیند.

مردان



1	2	3	4	5	6	7	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳.۱.۱ حدود ۱۵ سالگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳.۱.۲ حدود ۳۰ سالگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳.۱.۳ زمان حاضر

زنان



1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳.۱.۴ حدود ۱۵ سالگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳.۱.۵ حدود ۳۰ سالگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳.۱.۶ زمان حاضر

معاینه آنتروپومتریک

وزن و قد باید بدون کفش و لباس های سنگین اندازه گیری شود.

	۱۳.۲. قد به سانتیمتر	<input type="text"/>
	۱۳.۳. وزن به کیلوگرم	<input type="text"/>
	۱۳.۴. دور کمر به سانتیمتر	<input type="text"/>
	۱۳.۵. دور باسن به سانتیمتر	<input type="text"/>

۱۴. تماس با حیوانات

۱۴.۱. لطفاً سابقه تماس خود را با حیوانات از زمان کودکی خود ذکر نمایید:

از سن	تا سن	سطح تماس	حیوان (حیوانات)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

سطح تماس

(۱) هیچگاه

(۲) بعضی مواقع (برای مثال محل نگهداری حیوانات در دویست متری محل کار یا زندگی فرد است)

(۳) حداقل یکبار در دو هفته ولی کمتر از یکبار در روز (برای مثال محل نگهداری حیوانات در همسایگی محل کار یا زندگی فرد است)

(۴) تماس روزانه (برای مثال نگهداری حیوانات در محل کار یا زندگی فرد)

(۵) تماس روزانه و نزدیک با حیوانات (شغل‌های مربوط به تغذیه و تمیز کردن حیوانات و کشتارگاه)

حیوانات

(۱) اسب سانان (مانند اسب، قاطر، الاغ، شتر)

(۲) نشخوار کنندگان (مانند گوسفند، بز، گاو)

(۳) سگ

(۴) طیور

۱۵. چای

۱۵.۱. دمای چای مصرفی به سانتیگراد:

(۱) کمتر از ۶۰ °C (۲) ۶۰-۶۴ °C (۳) ۶۵-۶۹ °C (۴) ۷۰ °C یا بیشتر (۵) چای نمی نوشم

۱۵.۲. چای را چگونه مصرف میکنید؟

(۱) خیلی داغ (۲) داغ (۳) سرد (ولرم) (۴) سرد (ولرم) (۹) نمی نوشد

۱۵.۳. از زمان ریختن چایی تا نوشیدن آن معمولاً چه مدتی طول میکشد؟ (بر حسب دقیقه)

۱۵.۴. معمولاً چای را چگونه می نوشید؟

(۱) کم کم (جرعه جرعه) (۲) مقادیر زیاد (بلعیدن)

(۹) نمی نوشد.

۱۶- فعالیت بدنی

۱۶.۱. آیا شما تمامی ماه های سال را کار می کنید؟

(۱) بلی (۲) خیر

 ۱۶.۱.۱. اگر خیر، چند ماه در سال کار می کنید؟ (اگر بلی: کد ۹۸ را وارد نمایید)

۱۶.۲. آیا فعالیت بدنی شدید مانند بیل زدن بخشی از کار روزانه شما است؟

(۱) بلی (۲) خیر

 ۱۶.۲.۱. چند بار در هفته؟

(۱) کمتر از ۲ روز در هفته (۲) دو تا چهار روز در هفته (۳) روزانه (۴) هرگز

۱۶.۲.۲. چند ساعت در روز؟ (چنانچه سوال ۱۶.۲ منفی باشد کد ۹۸ را وارد نمایید)

 ۱۶.۲.۳. به مدت چند سال؟ (چنانچه سوال ۱۶.۲ منفی باشد کد ۹۸ را وارد نمایید)

۱۶.۳. آیا کارهای منزل را انجام می دهید؟

(۱) بلی (۲) خیر

 ۱۶.۳.۱. چند بار در هفته؟

(۱) کمتر از ۲ روز در هفته (۲) دو تا چهار روز در هفته (۳) روزانه (۴) هرگز

۱۶.۳.۲. چند ساعت در روز؟ (چنانچه سوال ۱۶.۳ منفی باشد کد ۹۸ را وارد نمایید)

 ۱۶.۳.۳. به مدت چند سال؟ (چنانچه سوال ۱۶.۳ منفی باشد کد ۹۸ را وارد نمایید)

۱۶.۴. در ماه هایی از سال که مشغول به کار و در ماه هایی که بیکار هستید، در ساعات بی کاری و استراحت معمولاً کدام یک از کارهای زیر را انجام می دهید؟ (ساعات خواب را محسوب نکنید)

شماره	فعالیت	مدت به دقیقه در روز	مدت به دقیقه در روز
۱۶.۴.۱	انجام برخی کارهای منزل	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۱۶.۴.۲	ورزش ملایم مانند پیاده روی	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۱۶.۴.۳	ورزش متوسط مانند والیبال	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۱۶.۴.۴	ورزش شدید مانند اسب سواری	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۱۶.۴.۵	تماشای تلویزیون، استراحت، مطالعه یا گپ زدن	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

۱۸.۶. غذای خود را چگونه آماده می کنید؟

(۱) بلی / (۲) خیر			نوع پخت	شماره
ماهی	گوشت	سبزیجات		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرخ کردن اندک (تف دادن)	۱۸.۶.۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرخ کردن شدید	۱۸.۶.۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کباب کردن	۱۸.۶.۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جوشاندن	۱۸.۶.۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پختن با بخار	۱۸.۶.۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر	۱۸.۶.۶

۱۸.۷. از سال ۱۳۵۳، مصرف مواد زیر:

(۱) افزایش یافته است

(۲) کاهش یافته است

(۳) یکسان مانده است

(۹) هرگز مصرف نکرده

۱۸.۷.۱. میوه های تازه ای که در منطقه میرویند

۱۸.۷.۲. میوه های تازه ای که از سایر نقاط آورده می شوند

۱۸.۷.۳. سبزیجات تازه

۱۸.۷.۴. گوشت تازه

۱۹. ارزیابی پرسشگر ۱ (در مطالعه کوهورت برای قسمتهای ۱ الی ۴) (در مطالعه CCS برای قسمتهای ۴-۱ و ۱۶-۱۳ و ۱۸)

۱۹.۱. نام و کد پرسشگر

۱۹.۲. میزان تکمیل بودن مصاحبه: (۱) کامل (۲) ناقص

۱۹.۳. کیفیت مصاحبه

(۱) خوب (۲) نسبتاً خوب (۳) ضعیف

۱۹.۴. در صورت عدم تکمیل پرسش نامه، علت از دست دادن اطلاعات (بی پاسخ ماندن سوالات) یا ناقص ماندن مصاحبه:

(۱) ناتوانی جسمی بیمار (۲) امتناع (۳) اختلال ذهنی

(۴) سایر:

۱۹.۵. هویت فرد پاسخگو به سوالات:

(۱) خود بیمار (۲) همسر بیمار

(۳) خویشاوندان دیگر (۴) سایر افراد:

۲۰. ارزیابی پرسشگر ۲ (در مطالعه کوهورت و CCS برای قسمتهای ۵ الی ۱۲)

۲۰.۱. نام و کد پرسشگر

۲۰.۲. میزان تکمیل بودن مصاحبه: (۱) کامل (۲) ناقص

۲۰.۳. کیفیت مصاحبه

(۱) خوب (۲) نسبتاً خوب (۳) ضعیف

۲۰.۴. در صورت عدم تکمیل پرسش نامه، علت از دست دادن اطلاعات (بی پاسخ ماندن سوالات) یا ناقص ماندن مصاحبه:

(۱) ناتوانی جسمی بیمار (۲) امتناع (۳) اختلال ذهنی

(۴) سایر:

۲۰.۵. هویت فرد پاسخگو به سوالات:

(۱) خود بیمار (۲) همسر بیمار

(۳) خویشاوندان دیگر (۴) سایر افراد:

۲۱. ارزیابی پرسشگر ۳ (در مطالعه کوهورت برای قسمتهای ۱۳ الی ۱۶)

- ۲۱.۱ نام و کد پرسشگر..... |
- ۲۱.۲ میزان تکمیل بودن مصاحبه..... |
- (۱) کامل (۲) ناقص
- ۲۱.۳ کیفیت مصاحبه..... |
- (۱) خوب (۲) نسبتاً خوب (۳) ضعیف
- ۲۱.۴ علت از دست دادن اطلاعات (بی پاسخ ماندن سوالات)..... |
- (۱) ناتوانی جسمی بیمار (۲) امتناع (۳) اختلال ذهنی (۴) سایر:.....
- ۲۱.۵ هویت فرد پاسخگو به سوالات:..... |
- (۱) خود بیمار (۲) همسر بیمار (۳) خویشاوندان دیگر (۴) سایر افراد:.....

۲۲. ارزیابی پرسشگر ۴ (در مطالعه کوهورت برای قسمت ۱۸)

- ۲۲.۱ نام و کد پرسشگر..... |
- ۲۲.۲ میزان تکمیل بودن مصاحبه..... |
- (۱) کامل (۲) ناقص
- ۲۲.۳ کیفیت مصاحبه..... |
- (۱) خوب (۲) نسبتاً خوب (۳) ضعیف
- ۲۲.۴ علت از دست دادن اطلاعات (بی پاسخ ماندن سوالات)..... |
- (۱) ناتوانی جسمی بیمار (۲) امتناع (۳) اختلال ذهنی (۴) سایر:.....
- ۲۲.۵ هویت فرد پاسخگو به سوالات:..... |
- (۱) خود بیمار (۲) همسر بیمار (۳) خویشاوندان دیگر (۴) سایر افراد:.....