



A. فرم ثبت نام		کد پروژه: E □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
A1. تاریخ مصاحبه (روز. ماه. سال شمسی) □ □ □ □ . □ □ □ □ . □ □ □ □			
B. اطلاعات تماس			
B1. نام و نام خانوادگی:			
B2. کد ملی □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □			
B3. شماره تلفن منزل □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		B4. تلفن همراه □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
B5. آدرس جدید: استان _____ شهر _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک منزل _____			
اطلاعات تماس اعضای خانواده/دوستان (فرد اول) در صورت تغییر افزوده شود:			
B8. نام و نام خانوادگی _____		B9. ارتباط وی با مصاحبه شونده _____	
B10. آدرس: استان _____ شهر _____ روستا _____ خیابان _____		کوچه _____ پلاک منزل _____	
B11. شماره تلفن منزل □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		B12. تلفن همراه □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
C. دموگرافیک			
C1. آیا در دو سال اخیر (بعد از ورود به مطالعه) از همسر خود جدا شده / طلاق گرفته اید؟ ۱. بلی ۲. خیر (برو به قسمت D)			
C2. اگر بیوه شده اید، چه مدتی است که بیوه شده اید؟ □ □ به ماه		C3. اگر مطلقه/ جدا شده هستید، چه مدتی است که طلاق گرفته اید؟ □ □ به ماه	
H. شغل/ بازنشستگی			
HO2. وضعیت اشتغال فعلی شما چیست؟ ۱. کار تمام وقت ۲. کار نیمه وقت ۳. کار شخصی یا کار برای خانواده ۴. بازنشسته ۵. بیکار ۶. بیمار دائمی/ ناتوان در کسب و کار ۷. سایر			
HO3. اگر در حال حاضر مشغول به کاری هستید که بابت آن حقوق/ دستمزد دریافت می کنید نام شغل را ذکر نمایید؟			
HO7. اگر شما بازنشسته شده اید، در چه تاریخی بازنشسته شده اید؟ * افرادی که قبلاً بازنشسته شده اند باید مشخص باشند این دو سوال پرسیده نمی شود			
HO8. دلیل اصلی بازنشستگی شما چیست؟ ۱. واجد شرایط برای دریافت حقوق بازنشستگی ۲. وضعیت سلامتی ۳. اخراج به علت عدم نیاز ۴. مسئولیت های خانوادگی ۵. اجباری ۶. سایر			
I. درآمد			
II1. منبع اصلی درآمد شما چیست؟ ۱. حقوق و دستمزد ۲. حقوق بازنشستگی ۳. پشتیبانی از طرف پدر و مادر ۴. پشتیبانی از طرف بستگان ۵. □ ۱ □ ۶ ۶. □ ۲ □ ۷			

۳. سرمایه گذاری		۸. رفاه (امداد، بهزیستی، موسسه خیریه)	
۴. سود بانکی		۹. همسر	
۵. پشتیبانی از طرف فرزندان		۱۰. سایر	
۱۱۲. از موارد ذکر شده در بالا، کدامیک منبع اصلی درآمد شماست؟		☐	
۱۱۳. در مورد وضعیت مادی خود در حال حاضر فکر کنید چگونه آن را توصیف می کنید؟ ۱. به سختی گذران زندگی می کنم ۲. کفایت نیازهای اولیه را می کند ۳. مشکلی ندارم			
۱۱۳. مجموع درآمد خانوادگی شما در کدام دسته قرار می گیرد؟ کمتر از ۱ میلیون تومان ۱ تا دو میلیون تومان ۲ تا سه میلیون تومان ۳ تا ۵ میلیون تومان بالاتر از ۵ میلیون تومان			
۱۱۴. مجموع درآمد ماهیانه شما برای چند روز ماه کفایت گذران زندگی تان را می کند ؟ *بازنشسته ها معلوم باشند			
۱۱۵. در طی ۱۲ ماه گذشته شما کدام یک از موارد زیر را انجام داده اید؟		۱. هرگز ۲. کمی ۳. زیاد	
۱. برای صرفه جویی میوه و سبزی تازه نخریدم یا بندرت خرید کردم		☐ ☐ ☐	
۲. برای صرفه جویی گوشت/ مرغ نخریده یا بندرت خرید کردم		☐ ☐ ☐	
۳. لباسهای قدیمی را پوشیدم و توانایی خرید لباس جدید نداشتم		☐ ☐ ☐	
۴. تا زمانی که ممکن بود از خرید لباس جدید امتناع کردم		☐ ☐ ☐	
۵. رفتن به دکتر را به تعویق انداختم یا نرفتم تا هزینه ها را کاهش دهم		☐ ☐ ☐	
۶. داروهایم را نخریدم / آزمایشاتم را انجام ندادم تا هزینه ها را کاهش دهم		☐ ☐ ☐	
۷. زمان کمتری را به تفریح گذراندم تا هزینه ها را کاهش دهم		☐ ☐ ☐	
۸. برای کاهش هزینه ها، تعداد خریدها یا رفتن به مکانهای محلی مانند مراسم ها، مسجد و... را که نیاز به هزینه رفت و آمد داشت کم کردم		☐ ☐ ☐	

Nut. تغذیه	
NUT1. آیا طی ۶ ماه گذشته وزن شما تغییر کرده است؟ ۱. خیر ۲. افزایش وزن داشته ام ۳. کاهش وزن داشته ام ۴. نمی دانم	
*توضیح: در صورت انتخاب گزینه ۳ به سوال 3 و در صورت انتخاب گزینه ۴ به سوال 4 پاسخ دهید	
NUT2. چه مقدار افزایش وزن داشته اید؟ ۱. بیشتر از ۴/۵ کیلوگرم ۲. ۲/۵ الی ۴/۵ کیلوگرم ۳. کمتر از ۲/۵ کیلوگرم	
NUT3. چه مقدار کاهش وزن داشته اید؟ ۱. بیشتر از ۴/۵ کیلوگرم ۲. ۲/۵ الی ۴/۵ کیلوگرم ۳. کمتر از ۲/۵ کیلوگرم	
NUT4. اشتهاهای شما چگونه است؟ ۱. خیلی خوب ۲. خوب ۳. معمولی ۴. بد	
NUT5. آیا به هنگام بلعیدن غذا مشکلاتی از قبیل سرفه، احساس خفگی یا بلع دردناک دارید؟ ۱. هرگز ۲. به ندرت ۳. گاهی اوقات ۴. اغلب	



	NUT6. روزانه چند وعده غذا می خورید؟ ۱. کمتر از سه وعده ۲. سه وعده (صبحانه، نهار، شام) ۳. چهار وعده (صبحانه، نهار، شام، میان وعده) ۴. پنج الی شش وعده (صبحانه، ناهار، شام، ۵) بیش از ۶ وعده
	NUT7. آیا در طول روز حداقل یک وعده غذایی را همراه با سایر افراد خانواده می خورید؟ ۱. هرگز و به ندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اغلب ۴. همیشه
میوه روزی لیوان	NUT8. چند وعده در روز میوه یا آب میوه مصرف می کنید؟/ (۱ واحد میوه معادل ۱ قطعه یا ۲ قطعه متوسط ۱ لیوان خرد شده یا کنسرو شده) تعداد وعده های میوه در روز تکرار آب میوه مصرفی در روز تکرار آب میوه مصرفی در هفته
سبزیجات خام هفته ای لیوان- سبزیجات پخته هفته ای لیوان	NUT9. چند وعده در روز شما سبزیجات مصرف می کنید؟ (۱ وعده سبزی معادل نصف لیوان سبزی پخته، ۱ لیوان سالاد. سیب زمینی را هم در نظر بگیرید و مصرف کمتر از ۱ بار در روز معادل صفر می شود) تکرار مصرف سبزیجات خام در روز تکرار مصرف سبزیجات پخته در روز تکرار مصرف سبزیجات خام در هفته تکرار مصرف سبزیجات پخته در هفته

دخانیت					
Smoke2 - آیا شما هم اکنون سیگار می کشید؟					
۱. بلی روزانه ۲. بلی گاهی اوقات ۳. خیر					
Smoke2.2. بطور متوسط چند نخ در شبانه روز سیگار می کشید ؟					
بار					
Smoke2.2. اگر دیگر سیگار نمی کشید چه مدتی است سیگار کشیدن روزانه را متوقف نموده اید؟					
ماه					
مواد مخدر					
Adic1- آیا از مواد مخدر استفاده می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)					
در صورت بلی جدول زیر را تکمیل کنید (نحوه مصرف: ۱- خوراکی ۲- استنشاقی ۳- تزریقی)					
نحوه مصرف Adic1.1	مدت زمان مصرف (به سال) Adic1.2	مصرف روزانه Adic1.3	روز در هفته Adic1.4	توضیحات اگر تفتنی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود Adic1.5	

K. فعالیت فیزیکی	
k1. در طی ۷ روز گذشته ، چه مدت فعالیت های نشسته نظیر خواندن و مطالعه کردن، تماشا کردن تلویزیون، کامپیوتر یا انجام دادن کارهای دستی بوده اید؟	
۱. هرگز ۰ به سوال بعدی مراجعه شود	
۲. بندرت (۱ تا ۲ روز)	
۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز)	
۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)	

☐	K1a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....
	K1b- بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های نشسته بوده اید؟ ۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
	K2. در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت خارج از خانه یا در حیاط پیاده روی داشتید (برای مثال جهت آفتاب گرفتن ، ورزش، پیاده روی تا محل کار)؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
	K2a. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت ها بوده اید؟ ۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
	K3. در طی ۷ روز گذشته ، چند بار مشغول فعالیت های ورزشی سبک یا فعالیت های تفریحی نظیر راه رفتن بر سطح هموار، تمیز کردن منزل ، مراقبت از کودک ، نجاری ، کار های رستوران، ماهیگیری از یک قایق یا فعالیت های مشابه بوده اید؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
	K3a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....
	K3b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های سبک بوده اید؟ ۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
	K4. در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت مشغول فعالیت های ورزشی متوسط و تفریحی (تنیس دو نفره، راه رفتن سریع ، باغبانی، حمل بار ، دوچرخه سواری ، یا فعالیت های مشابه) بوده اید؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
	K4a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....
	K4b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های متوسط بوده اید؟ ۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
	K5. در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت مشغول فعالیت های ورزشی شدید و سخت نظیر (شنا کردن، راه رفتن با بار در سربالایی، انداختن درخت ، حفر کردن، کوهنوردی، فوتبال، بسکتبال یا فعالیت های مشابه) بوده اید؟

		۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
		K5a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....
		K5b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های شدید بوده اید؟ ۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
		K6. در طی ۷ روز گذشته ، هر چند وقت فعالیت های ورزشی جهت تقویت قدرت عضلانی نظیر بالا بردن وزنه ها انجام داده اید؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
		K6a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....
		K6b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت ها بوده اید؟ ۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
خیر	بلی	در طی ۷ روز گذشته کدامیک از فعالیتهای زیر را انجام داده اید؟
☐	☐	K7. کارهای سبک منزل مثل گردگیری یا شستن ظرف ها
☐	☐	K8. کارهای سنگین منزل مثل سابیدن کف منزل، شستن پنجره ها یا حمل چوب
☐	☐	K9. تعمیرات منزل مثل نقاشی کردن، کارهای برقی و غیره
☐	☐	K10. مراقبت حیاط منزل مثل جمع کردن برگ ها ، خرد کردن چوب و غیره
☐	☐	K11. باغبانی در حیاط منزل
☐	☐	K12. مراقبت از یک شخص دیگر مانند یک بچه، همسر وابسته یا یک شخص بزرگسال دیگر
		K13. در طول هفته ی گذشته، آیا شما کار با دریافت حقوق و یا کارهای داوطلبانه انجام داده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر
		K13a. چند ساعت در هفته شما با دریافت حقوق و یا داوطلبانه کار کرده اید؟..... ساعت
		K13b. کدامیک از تقسیم بندی های زیر نشان دهنده ی مقدار فعالیت جسمی که شما در محل کار انجام می دهید، می باشد؟ ۱. اکثرا در وضعیت نشسته همراه با حرکات کم بازو (مثال: کارمند، ساعت ساز، کسی که چیزی را ردیف می کند تا به محل بسته بندی برسد، راننده ی اتوبوس و) ۲. نشستن یا ایستادن همراه با کمی راه رفتن (مثال: صندوق دار، کارمند عمومی،). ۳. راه رفتن، حمل کردن کردن موادی که به طور متوسط کمتر از ۲۵ کیلوگرم وزن دارند (مثال: نامه رسان، پیشخدمت زن یا مرد، کارگر ساختمان ساز، کارگر حمل کننده ی وسایل سنگین) ۴. راه رفتن و کار سنگین با دست که اغلب با جابجایی مواد بیش از ۲۵ کیلوگرم می باشد (مثال: چوب بر، بنا، کشاورز، کارگر عمومی)

L. فعالیتهای ابزاری زندگی لاوتون (Lawton IADL)			
فعالیت	بدون کمک	با کمی کمک	قادر به انجام نیست

☐	☐	☐	L1. استفاده از تلفن
☐	☐	☐	L2. طی مسافتهای نسبتاً طولانی با وسایط نقلیه
☐	☐	☐	L3. خرید مواد غذایی و پوشاک
☐	☐	☐	L4. آماده کردن غذای خود
☐	☐	☐	L5. انجام کارهای منزل
☐	☐	☐	L6. شستن لباسهای شخصی
☐	☐	☐	L7. انجام تعمیرات جزئی
☐	☐	☐	L8. مصرف داروها بطور صحیح و بموقع (در صورتیکه داروی خاصی مصرف می کند) ☐ دارو مصرف نمی کند
☐	☐	☐	L9. کنترل دخل و خرج
M. فعالیتهای روزمره زندگی کاتز (Katz Index)			
فعالیت	بدون کمک - مستقل	با وسایل کمکی- مستقل	با کمی کمک دیگران
M1. غذا خوردن	☐	☐	☐
M2. پوشیدن و درآوردن لباس	☐	☐	☐
M3. راه رفتن	☐	☐	☐
M4. آراستگی (انجام کارهای مربوط به وضعیت ظاهر)	☐	☐	☐
M5. حمام کردن	☐	☐	☐
M6. رفتن یا بیرون آمدن از تخت یا رختخواب	☐	☐	☐
M7. دستشویی رفتن	☐	☐	☐

S. خواب The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

- معمولاً شبها چه ساعتی رختخواب می روید؟
- از زمانی که به رختخواب می روید، چند دقیقه طول می کشد تا خوابتان ببرد؟
- معمولاً صبحها چه ساعتی از خواب بیدار می شوید؟
- میزان خواب واقعی شما در شب چند ساعت است؟

کد	سه بار یا بیشتر در هفته	یک تا دو بار در هفته	کمتر از یکبار در هفته	هیچ	در طی ماه گذشته چند بار به خاطر موارد زیر در خوابیدن مشکل داشته اید؟
					در عرض ۳۰ دقیقه نمی توانستید بخواب بروید.
					نیمه های شب یا صبح زود از خواب بیدار می شدید.
					مجبور بودید برای دستشویی رفتن بلند شوید.
					نمی توانستید به راحتی نفس بکشید.
					سرفه می کردید یا با صدای بلند خروپف می کردید.

					احساس می‌کردید خیلی سردتان است.
					احساس می‌کردید خیلی گرم‌تان است.
					کابوس می‌دیدید.
					درد داشتید.
					اگر به جز موارد فوق دلایل دیگری وجود دارد مطرح کنید و ذکر کنید چندبار به علت موارد ذکر شده مشکل داشته‌اید. دلایل شما.....
					در طول ماه گذشته چند بار برای به خواب رفتن داروی خواب‌آور یا آرام‌بخش مصرف کرده‌اید؟
					در طول ماه گذشته چندبار در بیدار ماندن برای رانندگی کردن یا خوردن غذا یا کار کردن مشکل داشتید؟
					در طول ماه گذشته چندبار برای حفظ تعادل خود به انجام کارها مشکل داشته‌اید؟
☐					در طول ماه گذشته به طور کلی کیفیت خواب شما چگونه بود؟
	خیلی بد	نسبتاً بد	نسبتاً خوب	خیلی خوب	

SF1- به طور کلی سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید	۱. عالی	۲. بسیار خوب	۳. خوب	۴. متوسط	۵. بد
---	---------	--------------	--------	----------	-------

CES-D . افسردگی	
CES-D.1 طی هفته گذشته با چیزهایی که معمولاً محل آسایش من نیستند، دچار پریشانی شده بودم.	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. تقریباً همیشه
CES-D.2 طی هفته گذشته در متمرکز کردن افکارم بر روی کاری که انجام می‌دادم دچار مشکل بودم.	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. تقریباً همیشه
CES-D.3 طی هفته گذشته احساس افسردگی می‌کردم.	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. تقریباً همیشه
CES-D.4 طی هفته گذشته احساس می‌کردم هر کاری که انجام می‌دادم تلاشی بی‌فایده بود.	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. تقریباً همیشه
CES-D.5 طی هفته گذشته به آینده امیدوار نبودم.	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. تقریباً همیشه
CES-D.6 طی هفته گذشته احساس ترس می‌کردم.	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. تقریباً همیشه
CES-D.7 طی هفته گذشته خوابم بی‌قرار و ناآرام بود.	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. تقریباً همیشه
CES-D.8 طی هفته گذشته خوشحال و شادمان نبودم.	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. تقریباً همیشه
CES-D.9 طی هفته گذشته احساس تنهایی می‌کردم.	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. تقریباً همیشه

۱. اصلا	۲. گاهی اوقات	۳. معمولاً	۴. تقریباً همیشه
---------	---------------	------------	------------------

سوالات تاریخچه باروری (مختص زنان)	
R2- سن یائسگی: (به سال)	(اگر نمی دانند، عدد ۸۸ را وارد نمایند. اگر هنوز یائسه نشده نشده عدد ۸۹ وارد شود)
R3- آیا منوپوز (یائسگی) بطور طبیعی بوده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)	
R18- سابقه هیستریکتومی:	۱- دارد ☐ ۲- ندارد ☐
R19- سن به سال در زمان هیستریکتومی	☐ ☐

شکستگی استخوان/ استئوپروز/ سقوط (زمین خوردن)				
Frac1- آیا در دوسال گذشته (بعد از ورود به مطالعه) تا بحال شکستگی استخوان داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
اگر بلی در کدام ناحیه این شکستگی روی داده است؟	۱. بلی ۲. خیر	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل
Frac 1.1 - لگن	☐	☐	☐	☐
Frac 1.2 - بازو	☐	☐	☐	☐
Frac 1.3 - ساعد	☐	☐	☐	☐
Frac 1.4 - پا	☐	☐	☐	☐
Frac 1.5 - مچ دست	☐	☐	☐	☐
Frac 1.6 - ستون فقرات	☐	☐	☐	☐
Frac 1.7 - دنده	☐	☐	☐	☐
Frac 1.8 - سایر	☐	☐	☐	☐
Frac2 - علت شکستگی چه بوده است؟ ۱. افتادن ۲. تصادف ۳. سایر				

استئوپروز

Osteo1 - آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که پوکی استخوان/ کاهش تراکم استخوان شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	
Osteo2 - در چه سنی برای اولین بار به شما گفته شد که پوکی استخوان/ کاهش تراکم استخوان دارید؟	
Osteo3 - ملاک تشخیص آن چه بوده است؟ ۱. رادیوگرافی ۲. دانسیتومتری ۳. سایر	

سقوط (زمین خوردن)

Fall1 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته زمین خورده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	
Fall2 - در طی ۱۲ ماه گذشته چند بار زمین خورده اید؟ بار	
Fall3 - آیا حداقل یکی از این زمین خوردن ها بدون دلیل خاصی بوده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)	

	Fall4- آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بخاطر زمین خوردن به مراکز درمانی / پزشک مراجعه نموده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
	Fall7 - آیا بدنبال زمین خوردگی در بیمارستان بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی تاریخ ان؟.....
	Fall8 - آیا تا بحال غش/ ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
.... بار	Fall9 - در طی ۱۲ ماه گذشته چندبار غش/ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟
	Fall10 - آیا از اینکه زمین بخورید می ترسید؟ ۱. تاحدودی ۲. خیلی زیاد ۳. خیر
	Fall11 - آیا بخاطر ترس از زمین خوردن فعالیتهای شما محدود شده است (انجام کار یا رفتن به جایی)؟ (۱. بلی ۲. خیر)

سیستم قلبی-عروقی-قلب (پرسشنامه “WHO Rose“)	
Heart 9-	ایا پزشک تابحال به شما گفته است که حمله قلبی یا سکتة قلبی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 10-	چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار حمله یا سکتة قلبی شده اید؟
Heart 11-	ایا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 12-	ایا در طی یکسال گذشته بخاطر مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 13-	ایا پزشک به شما گفته است که آنژین صدری (درد قفسه سینه بخاطر بیماری قلبی) دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 14-	در چه تاریخی به شما گفته شد دچار آنژین صدری هستید؟
Heart 15-	ایا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جاوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 16-	ایا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 17-	ایا در دوسال اخیر جراحی بایپس کرونر، آنژیو پلاستی(استنت/یا بالون) برای بیماری قلبی تان داشته اید؟ ۱. بای پس عروق کرونر ۲. آنژیوپلاستی (استنت/بالون آنژیوپلاستی)
Heart 18-	ایا در دوسال اخیر آنژیوگرافی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 19-	ایا در دوسال اخیر پزشک به شما گفته است گرفتگی شریانی (رگهای قلبتان) دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 20-	ایا در دوسال اخیر تورم/ ادم در هر دو مچ پا داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 21-	ایا در دوسال اخیر پزشک به شما گفته است نارسایی قلبی دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 22-	در چه تاریخی به شما گفته شد دچار نارسایی قلبی هستید؟
Heart 23-	ایا بخاطر این مشکل قلبی (نارسایی قلبی) از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 24-	ایا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان (نارسایی قلبی) در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 25-	ایا در دوسال اخیر پزشک به شما گفته است ریتم قلبی غیر نرمال دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
پرفشاری خون (هایپرتانسیون)	
BP1-	ایا در طی دو سال قبل پزشک به شما گفته است فشارخون بالا یا پرفشاری خون دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
BP2-	در چه تاریخی پزشک به شما گفت که پرفشاری خون دارید؟
BP3-	آیا در حال حاضر برای فشارخون بالا دارو مصرف می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
BP4-	آیا می توانید نام داروهای مصرفی خود را بگویید یا آنها را بمن نشان بدهید؟ (اگر نمی داند کد ۹ درج شود) ۱- ۲- ۳-

BP5- آیا در حال حاضر با رژیم غذایی، یا ورزش و یا هر درمان غیر دارویی دیگر برای فشارخون بالا تحت درمان هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
سیستم تنفسی				
Res1 - آیا در طی دو سال قبل پزشک به شما گفته است که (نام هریک از موارد زیر را بپیرید) دارید؟	۱. بلی ۲. خیر	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیت باخطر این مشکل
Res 1.1 - آسم			☐	☐
Res 1.2 - برونشیت مزمن			☐	☐
Res 1.3 - بیماری های انسدادی ریه			☐	☐
Res 1.4 - آمفیزم			☐	☐
سایر بیماریهای تنفسی				
Res 2 - آیا در طی دو سال قبل تا بحال بیماری دیگر تنفسی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی لطفا ذکر کنید				
Res 3 - آیا در طی دو سال قبل جراحی قفسه سینه داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی لطفا ذکر کنید				
Res 4 - آیا در حال حاضر برای مشکل ریوی (تنفسی) اکسیژن دریافت می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Res 5 - آیا بخاطر این مشکل تنفسی هر گونه فعالیت شما در خانه یا محل کار محدود شده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Pain 15 - آیا در طی دو سال قبل پزشک به شما گفته است که استئو آرتروز/آرتروز دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Pain 16 - آیا پزشک به شما گفته است که آرتروز/ روماتیسم مفصلی دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Pain 17 - در چه تاریخی به شما گفته شد که آرتروز/ روماتیسم مفصلی دارید؟				
Pain 18 - آیا تحت درمان هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
ارزیابی نورولوژیکی				
Neuro1 - آیا در طی دو سال قبل پزشک به شما گفته است که (نام هریک از موارد زیر را بپیرید) دارید؟	۱. بلی ۲. خیر	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیت باخطر این مشکل
Neuro1.1 - سکته مغزی		☐	☐	☐
Neuro1.2 - مینی استروک (TIA)		☐	☐	☐
Neuro1.3 - صرع		☐	☐	☐
Neuro1.4 - مولتیپل اسکلروزیس یا بیماری ام.اس		☐	☐	☐
Neuro1.5 - سردرد میگرنی		☐	☐	☐
Neuro1.6 - مشکل حافظه/دمانس/الزایمر		☐	☐	☐
Neuro1.7 - بیماری پارکینسون		☐	☐	☐
Surg1 - آیا سابقه عمل جراحی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
نوع عمل جراحی	سن	نوع عمل جراحی	سن	سن
۱	☐	۴	☐	☐

□□	..... ..	۵	□□	.....	۲
□□	..... ..	۶	□□	.....	۳
□□ بار در هفته	بار در روز	Bowl 1 - چند بار اجابت مزاج در روز/یا در هفته دارید؟			

سابقه سایر بیماریها				
آیا در طی دو سال قبل پزشک به شما گفته است که (نام موارد ذیل برده شود) دارید؟				
گوارش				
مشکل/بیماری	سن/تاریخ تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب
اولسر پپتیک				
بیماری کرون				
کبد چرب				
سنگ کیسه صفرا				
سایر				
سرطان				
ریه				
معهده				
مری				
پستان				
پروستات				
کولورکتال				
سایر				
غدد و متابولیسم				
مشکل/بیماری	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب
دیابت نوع ۱				
دیابت نوع ۲				
کم کاری تیروئید				
پرکاری تیروئید				
سایر				
سیستم ادراری				
سنگ کلیه				
نارسایی کلیه				
بی اختیاری ادراری				
سایر				
روانپزشکی				
مشکل/بیماری	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب
افسردگی				
اضطراب				

				سایر
سایر موارد				
				۱.
				۲.



سابقه مصرف داروها

D1- داروهای قلبی و پرفشاری خون

نام دارو	بلی	روزا نه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D1-1- آسپرین	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-2- وارفارین / هپارین / پلاویکس	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-3- دیورتیک ها	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-4- بتابلاکرها (آنتولول, پروپرانولول, متوپرولول)	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-5- ACEi (کاپتوپریل)	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-6- دیگوکسین	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-7- ARB (لوزارتان- والسارتان)	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-7- سایر (نام ببرید)	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐

D2- داروهای دیابت

نام دارو	بلی	روزا نه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D2-1- انسولین	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D2-2- متفورمین	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D2-3- گلیبن کلامید	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D2-4- سایر	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐

D3- داروهای هایپرلیپیدمی

نام دارو	بلی	روزان	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D3-1- استاتین ها (آتوروستاتین و استاتین ها)	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D3-2- جم فیبروزیل	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D3-3- سایر	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐

D4- داروهای اعصاب و روان

نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D4-1- بنزودیازپین ها	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-2- والپروات سدیم	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-3- ضد تشنج ها	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-4- ضد افسردگی	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-5- ضد اضطراب	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-6- سایر	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	D4-7- سایر.....
D5- داروهای کورتیکواستروئیدی							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D5-1- تزریقی	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D5-2- خوراکی	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D5-3- موضعی	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D6- داروهای گوارشی							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D6-1- H ₂ Blocker	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D6-2- PPIs	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D6-3- کلینیدیوم - سی	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D6-4- سایر..... .....	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D7- آنتی بیوتیک ها							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D7-1- Amoxicillin	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D7-2- Cefexim	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D7-3- Azithromycin	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D7-4- Metronidazole	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D7-5- سایر	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D8- متفرقه							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D8-1- استامینوفن	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D8-2- استامینوفن کدئین	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D8-3- ایبuprofen	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D8-4- دیکلوفناک	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D8-5- Levothyroxine	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D8-6- MTX	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D8-7- Hydroxychloroquine	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D8-8- / Sulfasalazine	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐
D8-9- ایندومتاسین	☐	☐	☐	☐	☐	.....	☐

D8-10- ناپروکسن							☐	☐	☐	☐	☐	☐
D9- سایر (نام ببرید)												
نام دارو		بلی	روزان	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه				
D9-1		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
D9-2		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
D9-3		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				

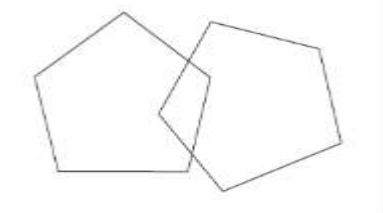
HS. استفاده از خدمات سلامتی				
HS1 - در دو سال اخیر به کدامیک از مراکز زیر برای دریافت خدمات سلامتی مراجعه نموده اید؟	۱. بلی ۲. خیر	دفعات مراجعه	مراجعات در ۳ ماه گذشته	تاریخ آخرین مراجعه
HS1 - پزشک عمومی				
HS2 - اورژانس		☐	☐	☐
HS3 - بیمارستان دولتی		☐	☐	☐
HS4 - بیمارستان خصوصی		☐	☐	☐
HS5 - پزشک متخصص/ فوق تخصص				
HS6 - مراکز مشاوره روانشناسی		☐	☐	☐
HS7 - تغذیه / رژیم درمانی		☐	☐	☐
HS8 - طب سنتی		☐	☐	☐
HS9 - فیزیوتراپی/ توانبخشی		☐	☐	☐
HS9 - سایر		☐	☐	☐
نام بیرید.....				

پرسشنامه بررسی وضعیت شناختی (TICS-m)		
ارزیابی ۱- پایایی		
☐	 شنبه	۱- امروز چه روز هفته است؟
☐	روز	۲- تاریخ امروز چیست؟
☐	ماه	
☐	سال	
☐	فصل	۳- الان در چه فصلی از سال قرار داریم؟
☐		۴- شما چند سال سن دارید؟
☐		۵- شماره تلفن منزل شما چیست؟
۶- الان می خواهم لیستی از ۱۰ کلمه را برای شما بخوانم. لطفا خوب گوش کنید و سعی کنید که آنها را به حفظ کنید وقتی که من تمام کردم، شما هر چند کلمه که بتوانید بگویید. لازم نیست که به ترتیب بگویید. آماده هستید؟		
☐	خانه	
☐	سیگار	
☐	فیل	
☐	سینه	
☐	ابریشم	
☐	سینما	حالا هر چند کلمه را که بخاطر می آورید به من بگویید؟
☐	ساعت	
☐	شلاق	
☐	بالش	
☐	دیو	
لطفا از عدد ۱۰۰، هفت تا کم کن. حالا از عددی که به دست آوردی ۷ تا ۷ تا کم کن به همان شکل کم کن تا وقتی که من بگویم کافی است		
☐	۹۳	
☐	۸۶	
☐	۷۹	
☐	۷۲	
☐	۶۵	
☐	بدون اشتباه	۸- لطفا از عدد ۲۰ تا ۱، برعکس بشمار
☐	قیچی	۹- معمولا برای بریدن کاغذ از چه وسیله ای استفاده می کنیم؟
☐	خار شتر	۱۰- گیاه تیغ داری/ خار داری که در بیابان می روید چه نام دارد؟

☐	کاکتوس	
☐	ایت .. خامنه ای	۱۱- در حال حاضر رهبر کشور ما چه کسی است؟
☐	اقای روحانی	۱۲- در حال حاضر رئیس جمهور ما چه کسی است؟
☐	غرب	۱۳- متضاد کلمه شرق چیست؟
☐	کاملا صحیح	۱۴- لطفا این کلمه را تکرار کنید: صمصام السلطنه
☐		
☐	خانه	
☐	سیگار	
☐	فیل	
☐	سینه	
☐	ابریشم	
☐	سینما	۱۵- لطفا ۱۰ کلمه ای که در ابتدا نام بردم تکرار کنید:
☐	ساعت	
☐	شلاق	
☐	بالش	
☐	دیو	
☐	کاملا صحیح	۱۶- لطفا این کلمه را تکرار کنید: شمس العماره
*****		امتیاز کل

• باسوادی

Mini-Mental Status Examination (MMSE)

• تکرار (۱) تاجر تجارت توپ می کند.	• وقوف به زمان (۵) امروز چندشنبه است؟ امروز چندمین روز ماه است؟ امروز در کدامین ماه سال هستیم؟ در چه فصلی قرار داریم؟ در چه سالی قرار داریم؟						
• خواندن (۱) در روی کاغذی بنویسید "چشمانتان را ببندید". از شخص بخواهید آن را بخواند و عمل کند..	• وقوف به مکان (۵) این محل کجا است؟ این جا چندمین طبقه است؟ شهری که در آن قرار داریم نامش چیست؟ استانی که در آن قرار داریم نامش چیست؟ کشوری که در آن قرار داریم نامش چیست؟						
• کپی (۱) کشیدن اشیا متقاطع 	• به خاطر سپردن ۳ کلمه (۳) . از فرد بخواهید پس از آنکه شما آنها را نام بردید، تکرار کند. برای هر پاسخ صحیح که بار اول داده میشود ۱ نمره بدهید. ۳ لغت را آنقدر تکرار کنید تا بتواند هر سه را بگوید <table data-bbox="950 1344 1323 1480"> <tr> <td>توپ</td> <td>سیب</td> </tr> <tr> <td>پرچم</td> <td>میز</td> </tr> <tr> <td>درخت</td> <td>کفش</td> </tr> </table>	توپ	سیب	پرچم	میز	درخت	کفش
توپ	سیب						
پرچم	میز						
درخت	کفش						

• نوشتن (۱) تکه ای کاغذ در اختیار فرد قرار دهید و از وی بخواهید که جمله ای بنویسد. • فرمان (۳) تکه ای کاغذ بردارید و از شخص بخواهید که آن را بگیرد، تا کند، و بروی زمین بگذارد گرفتن تا کردن کذاشتن	• از صد ۷ تا ۷۰ کم کنید. • یا تلفظ برعکس کلمه "ایران" یا "لیوان" (۵) • ن ا ر ی ا
	• به یاد آوردن ۳ کلمه (۳) توپ پرچم درخت
	• شناسایی اجسام (۲) ساعت خودکار
امتیاز کل: ۳۰/.....	

• بی سواد

Mini-Mental Status Examination (MMSE)

• تکرار (۱) نه اینجا نه آنجا	• وقوف به زمان (۵) امروز چندشنبه است؟ امروز در کدامین ماه سال هستیم؟ در چه فصلی قرار داریم؟ چه ساعتی است؟ چه موقع از روز است؟				
• خواندن (۱) از فرد میخواهیم چشمانش را ببندد.	• وقوف به مکان (۵) این محل کجا است؟ این جا چندمین طبقه است؟ شهری که در آن قرار داریم نامش چیست؟ استانی که در آن قرار داریم نامش چیست؟ نام خیابانی که هستید چیست؟				
کپی (۱) کشیدن مربع <table border="1"> <tr> <td>•</td><td>•</td></tr> <tr> <td>•</td><td>•</td></tr> </table>	•	•	•	•	• به خاطر سپردن ۳ کلمه (۳) من میخوام از تهران برام ۳ تا چیز بیاوری. میز و اسب و گل
•	•				
•	•				

• نوشتن (۱) یک جمله بگوید. • فرمان (۳) تکه ای کاغذ بردارید و از شخص بخواهید که آن را بگیرد، تا کند، و بروی زمین بگذارد گرفتن تا کردن کذاشتن	از چهار شنبه تا شنبه معکوس بگویید؟
	• به یاد آوردن ۳ کلمه (۳) قبلا گفتم چه چیزی از تهران برام بیاورید؟ میز و اسب و گل
	• شناسایی اجسام (۲) ساعت خودکار
امتیاز کل: ۳۰/.....	