

MELBOURNE ARTHRITIS SPECIALIST CENTRE

DR FARSHAD GHAZANFARI MD, FRACP, MSc Sports Medicine

فرم پذیرش و ارزیابی پزشکی بیمار
نسخه فارسی ویژه بیماران فارسی زبان

..... تاریخ تکمیل فورم :

مشخصات فردی

..... نام :

..... نام خانوادگی :

..... تاریخ تولد :

..... آدرس محل سکونت :

..... تلفن همراه / موبایل :

..... ایمیل :

□ آقا | □ خانم | □ سایر

اطلاعات نزدیکترین فرد خانواده در شرایط اضطراری

..... نام و نسبت فامیلی :

..... شماره تماس :

□ بله □ خیر آیا اجازه می‌دهید اطلاعات پزشکی مرتبط با مراقبت شما با این فرد در میان گذاشته شود؟
اطلاعات بیمه و پرداخت

..... شماره مدیکر / Medicare :

..... شماره کنار نام و تاریخ انقضا :

..... بیمه خصوصی / Private Health :

..... شماره عضویت :

□ پوشش بستری بیمارستان: بله | □ پوشش بستری بیمارستان: خیر | □ نمی‌دانم

کارت بازنشستگی / HCC و تاریخ

..... انقضا :

..... DVA (Gold/White) :

..... TAC / WorkCover و شماره پرونده :

پزشک ارجاع‌دهنده و پزشک عمومی

..... نام پزشک ارجاع‌دهنده :

..... آدرس و شماره تماس :

□ بله □ خیر آیا این پزشک، پزشک عمومی همیشگی شماست؟

اگر خیر، نام و محل کار پزشک

..... عمومی :

..... سایر پزشکان مرتبط :

رضایت برای ارائه اطلاعات پزشکی به سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی

من به دکتر فرشاد غضنفری اجازه می‌دهم اطلاعات پزشکی مرتبط و ضروری مرا برای هماهنگی و بهبود مراقبت درمانی با پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در میان بگذارد.

این اجازه فقط شامل اطلاعات مرتبط با مراقبت بالینی است و مطابق قوانین حریم خصوصی استرالیا اجرا می‌شود.

..... محدودیت‌ها / موارد استثنا :

..... نام بیمار :

..... امضای بیمار :

..... تاریخ :

اجازه دریافت سوابق و اطلاعات پزشکی از مراکز درمانی

من اجازه می‌دهم این مرکز، برای ارائه مراقبت پزشکی، سوابق مرتبط مرا از پزشکان، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و سایر سازمان‌های مربوط، در صورت لزوم، درخواست و دریافت کند.

این رضایت ممکن است شامل اطلاعات مرتبط از بیمه‌گر، Centrelink، DVA و مراکز درمانی باشد؛ فقط در موارد قانونی و مرتبط با مراقبت.

..... محدودیت‌ها / موارد استثنا :

..... نام بیمار :

..... امضای بیمار :

..... تاریخ :

در صورت نیاز می‌توانید پیش از امضا درباره حدود این رضایت سؤال کنید.

سابقه پزشکی و بررسی دستگاه‌های بدن

در صورت وجود هر یک از موارد زیر، خانه مربوط را علامت بزنید. اگر موردی ندارید، خالی بگذارید.

علائم عمومی / نشانه‌های عمومی

□ خستگی شدید □ تب یا تعریق شبانه □ کاهش وزن بدون دلیل بیش از ۵ کیلوگرم □ سابقه سرطان

پوست و مو

□ بثورات یا دانه پوستی □ تغییر رنگ پوست □ تغییر ناخن‌ها □ زخم یا ضایعه جدید پوستی

چشم، گوش، بینی و دهان

□ دوبینی یا کاهش بینایی □ درد یا قرمزی چشم □ وزوز گوش □ خونریزی بینی

□ خشونت صدا □ گلودرد یا تورم غدد

استخوان، مفاصل و عضلات

□ درد گردن یا کمر □ درد مفاصل □ ورم مفاصل □ قرمزی مفاصل

□ خشکی صبحگاهی مفاصل □ کاهش حرکت مفاصل □ ضعف عضلات □ درد عضلات □ روماتیسم مفصلی

(RA) □ لوپوس □ آرترروز

تنفس و ریه

□ سرفه مزمن □ تنگی نفس □ خس‌خس سینه □ سرفه خونی

□ خلط زیاد □ لخته خون در ریه □ کاهش توان فعالیت

قلب و گردش خون

□ درد قفسه سینه □ تپش قلب □ ورم پا □ تنگی نفس هنگام درازکشیدن یا شب

□ درد پا هنگام راه رفتن □ ضربان‌ساز قلب

معهده و روده

□ درد شکم □ یبوست □ اسهال □ تغییر عادت دفع

□ تهوع یا استفراغ □ خونریزی از مقعد □ مشکل بلع □ هپاتیت

ادرار و دستگاه تناسلی

□ سوزش ادرار □ خون در ادرار □ تکرر یا شب‌ادراری □ اختلال در شروع جریان ادرار

□ بی‌اختیاری یا احتباس ادرار □ سنگ کلیه □ اختلال قاعدگی

اعصاب و روان

□ سرگیجه □ سردرد □ گزگز یا بی‌حسی □ غش یا تشنج

□ لرزش □ سابقه سکته مغزی □ اضطراب یا افسردگی □ مشکل خواب

خون و غدد

□ کم‌خونی □ کبودی یا خونریزی آسان □ لخته خون □ تورم غدد لنفاوی

□ دیابت □ مشکل تیروئید □ تحمل‌نکردن سرما □ تغییر اشتها یا تشنگی

بررسی علائم بیماری‌های روماتیسمی و خودایمنی (Review of Systems)

لطفاً برای هر مورد، بله یا خیر را انتخاب کنید.

- ☐ بله ☐ خیر خشکی چشم‌ها یا نیاز مکرر به قطره اشک مصنوعی
- ☐ بله ☐ خیر خشکی دهان یا نیاز به نوشیدن آب برای بلع غذا
- ☐ بله ☐ خیر زخم‌های مکرر داخل دهان یا بینی
- ☐ بله ☐ خیر کم‌پشت‌شدن یا ریزش غیرعادی مو
- ☐ بله ☐ خیر پسوریازیس (صدفک) یا پوسته‌ریزی مکرر پوست / کف سر
- ☐ بله ☐ خیر تغییر رنگ انگشتان دست یا پا در سرما یا استرس (سفید، آبی یا قرمز؛ پدیده رینود)
- ☐ بله ☐ خیر حساسیت یا بثورات پوستی پس از قرار گرفتن در آفتاب
- ☐ بله ☐ خیر زخم نوک انگشتان یا سفتی/ضخیم‌شدن پوست انگشتان
- ☐ بله ☐ خیر ورم و درد مفاصل، به‌خصوص صبح‌ها
- ☐ بله ☐ خیر خشکی مفاصل هنگام صبح بیشتر از ۳۰ دقیقه
- ☐ بله ☐ خیر درد پاشنه یا التهاب محل اتصال تاندون
- ☐ بله ☐ خیر درد کمر که شب‌ها بدتر می‌شود و با حرکت بهتر می‌شود
- ☐ بله ☐ خیر تورم کامل یک انگشت دست یا پا (انگشت سوسیسی)
- ☐ بله ☐ خیر چشم قرمز و دردناک همراه با حساسیت به نور یا تاری دید
- ☐ بله ☐ خیر لخته خون قبلی یا سقط مکرر (در صورت ارتباط)
- ☐ بله ☐ خیر ضعف عضلانی در بالا رفتن از پله یا بلند شدن از صندلی
- ☐ بله ☐ خیر مشکل بلع یا احساس گیر کردن غذا
- ☐ بله ☐ خیر تنگی نفس غیرقابل توضیح یا درد هنگام نفس عمیق

این علائم از چه زمانی آغاز شده‌اند؟ :

سایر علائم / توضیحات :

سابقه بیماری در خانواده

بیماری‌های مهم در خانواده: روماتیسم، لوپوس، پسوریازیس، بیماری قلبی، دیابت، سرطان و غیره :

نسبت شخص مبتلا با شما :

حساسیت‌ها و داروها

حساسیت به دوا/دارو، غذا، چسب، بی‌حسی یا مواد دیگر و نوع

واکنش :

داروهای تجویزی و بدون نسخه، مکمل‌ها و دوز

مصرفی :

☐ وارفارین | ☐ آسپرین | ☐ کلوییدوگرل / Plavix | ☐ پردنیزولون

سایر داروها :

پرسش‌نامه توانایی انجام فعالیت‌های روزانه (HAQ-DI)

برای هر فعالیت، میزان سختی طی هفت روز گذشته را مشخص کنید: ۰ بدون مشکل، ۱ کمی سخت، ۲ بسیار سخت، ۳ قادر نیستم.

لباس پوشیدن و رسیدگی شخصی

پوشیدن لباس، بستن دکمه و بند کفش

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

شستن موها

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

بلند شدن

بلند شدن از صندلی معمولی

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

برخاستن از تخت و دراز کشیدن

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

غذا خوردن

بریدن غذا با کارد

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

بلند کردن گیلان/لیوان پُر به طرف دهان

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

باز کردن پاکت/کارتن شیر تازه

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

راه رفتن

راه رفتن روی زمین صاف در فضای باز

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

بالا رفتن از پنج پله

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

بهداشت شخصی

شستن و خشک کردن بدن

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

حمام کردن

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

نشستن و بلند شدن از توالت

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

دسترس و خم شدن

برداشتن شیء حدود ۲٫۳ کیلوگرم از بالای سر

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

خم شدن و برداشتن لباس از زمین

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

گرفتن و بازکردن

باز کردن در موتور/ماشین

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

باز کردن شیشه‌ای که قبلاً باز شده است

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

باز و بسته کردن شیر آب

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

کارهای روزمره

خرید و انجام کارهای بیرون خانه

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

سوار و پیاده شدن از موتور/ماشین

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

جارو کردن یا کارهای خانه و حیاط

۰ ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐

وسایل کمکی و کمک دیگران

☐ عصا | ☐ واکر | ☐ عصای زیر بغل | ☐ ویلچر | ☐ صندلی بلند | ☐ وسایل مخصوص لباس پوشیدن

☐ صندلی حمام | ☐ دستگیره حمام | ☐ صندلی بلند توالت | ☐ وسیله باز کردن شیشه | ☐ ابزار دسته بلند

در کدام فعالیت‌ها به کمک شخص دیگری نیاز دارید؟

☐ لباس پوشیدن | ☐ بلند شدن | ☐ غذا خوردن | ☐ راه رفتن

☐ حمام و بهداشت | ☐ دسترس / خم شدن | ☐ گرفتن اشیاء | ☐ خرید و امور خانه

میزان درد و وضعیت کلی سلامت

میزان درد در هفت روز گذشته از ۰ (بدون درد) تا ۱۰۰ (شدیدترین

درد) :

ارزیابی سلامت کلی از ۰ (بسیار خوب) تا ۱۰۰ (بسیار

بد) :

توانایی شما در کارهای فیزیکی روزانه مانند پیاده‌روی، بالا رفتن از پله و حمل خرید:

☐ کاملاً | ☐ بیشتر کارها | ☐ متوسط | ☐ اندکی | ☐ اصلاً

تأیید بیمار

تأیید می‌کنم اطلاعات بالا تا حد آگاهی من درست است و می‌دانم برای مراقبت پزشکی محرمانه نگهداری می‌شود.

نام بیمار :

امضای بیمار :

تاریخ :

این فرم جایگزین گفت‌وگو و معاینه پزشکی نیست.