

پیوست ۴: پرسشنامه پزشکی

| توضیحات | تن سنجی |
|---------|-------------------------|
| | قد سانتیمتر |
| | وزن کیلوگرم |
| | دور کمر سانتیمتر |
| | دور باسن سانتیمتر |
| | دور مچ سانتیمتر |

| توضیحات | فشار خون (میلیمتر جیوه) | | | | نوبت سنجش |
|---------|-------------------------|----------|------------|----------|-----------|
| | بازوی چپ | | بازوی راست | | |
| | دیاستولیک | سیستولیک | دیاستولیک | سیستولیک | |
| | | | | | اول |
| | | | | | دوم |

| توضیحات | تعداد نبض | نوبت سنجش |
|---------|----------------------|-----------|
| | ضربان در دقیقه | اول |
| | ضربان در دقیقه | دوم |

PERSIAN
Cohort

| توضیحات | پرسشنامه تاریخچه باروری زنان (از زمان فاز ثبت نام) |
|---------|--|
| | ۱. سن اولین ازدواج (در صورت ازدواج از زمان فاز ثبت نام): سالگی |
| | ۲. آیا در حال حاضر باردار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم ۲.۱. تعداد بارداری در پنج سال گذشته : ۲.۲. سن آخرین بارداری: سالگی ۲.۳. لطفاً نوع زایمان را در آخرین بارداری مشخص فرمایید: <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین ۲.۴. آیا فرد سابقه دوقلو یا چندقلو زایی را در پنج سال گذشته داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| | ۳. آیا فرد سابقه سقط از زمان فاز ثبت نام داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۴] ۳.۱. تعداد سقط: ۳.۲. نوع و سن بروز به ازای هر سقط ثبت گردد: نوع: <input type="checkbox"/> خودبخودی <input type="checkbox"/> القایی ۳.۳. سن بروز (در زمان هر سقط): سالگی |
| | ۴. آیا فرد سابقه مرده زایی از زمان فاز ثبت نام داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۵] ۴.۱. چند مورد: ۴.۲. سن بروز (در زمان هر مرده زایی): سالگی |
| | ۵. آیا فرد از زمان فاز ثبت نام سابقه نازایی داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۶] ۵.۱. آیا فرد از روش های کمک باروری استفاده کرده اند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۶] ۵.۲. لطفاً نوع آن را مشخص کنید: <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> داروهای هورمونی پزشک عمومی یا زنان <input type="checkbox"/> طب سنتی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نمی دانم |
| | ۶. آیا سیکل ماهانه فرد منظم می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| | ۷. آیا فرد در پنج سال گذشته داروهای ضدبارداری خوراکی (OCP)، آمپول DMPA، سیکلوفم و... را مصرف داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۸] ۷.۱. لطفاً نوع روش/روشهای پیشگیری، بازه سنی و مدت استفاده را مشخص فرمایید: <input type="checkbox"/> قرصهای ضدبارداری خوراکی (OCP) از سن..... سالگی تا سن..... سالگی به مدت..... ماه <input type="checkbox"/> پروژسترون تزریقی (DMPA، سیکلوفم) از سن..... سالگی تا سن..... سالگی به مدت..... ماه <input type="checkbox"/> ایمپلنت از سن..... سالگی تا سن..... سالگی به مدت..... ماه <input type="checkbox"/> وسایل داخل رحمی (IUD) از سن..... سالگی تا سن..... سالگی به مدت..... ماه <input type="checkbox"/> سایر: از سن..... سالگی تا سن..... سالگی به مدت..... ماه |

| توضیحات | پرسشنامه تاریخچه باروری زنان (از زمان فاز ثبت نام) |
|---------|---|
| | <p>۸. آیا فرد در ۵ سال گذشته یائسه شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۹] ۸.۱. نوع یائسگی: <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی ۸.۲. سن یائسگی: سالگی ۸.۳. آیا فرد در پنج سال گذشته داروهای جایگزین هورمونی (استروژن و پروژسترون) را مصرف داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> |
| | <p>۹. سابقه کدام یک از اعمال جراحی زیر را از زمان فاز ثبت نام داشته اید؟ <input type="checkbox"/> برداشتن تخمدان (اوفورکتومی) <input type="checkbox"/> یکطرفه <input type="checkbox"/> دوطرفه در سن سالگی <input type="checkbox"/> برداشتن لوله رحم (توبکتومی) در سن سالگی <input type="checkbox"/> برداشتن رحم (هیسترکتومی) در سن سالگی</p> |
| | <p>۱۰. سابقه کدام یک از اعمال جراحی زیر را تاکنون (در طول عمر) داشته اید؟ <input type="checkbox"/> برداشتن فیبروم رحم (میومکتومی) در سن سالگی <input type="checkbox"/> کورتاژ تشخیصی در سن سالگی <input type="checkbox"/> برداشتن کیست تخمدان در سن سالگی</p> |
| | <p>۱۱. سابقه انجام کدام یک از اقدامات زیر را از زمان فاز ثبت نام داشته اید؟ <input type="checkbox"/> غربالگری سرطان پستان از طریق ماموگرافی سن آخرین نوبت: سالگی <input type="checkbox"/> سونوگرافی پستان سن آخرین نوبت: سالگی <input type="checkbox"/> معاینه پستان توسط پزشک یا ماما سن آخرین نوبت: سالگی <input type="checkbox"/> غربالگری دهانه رحم (پاپ اسمیر/HPV test) سن آخرین نوبت: سالگی</p> |

پرسشنامه سلامت دهان و دندان

۱. منبع اصلی دریافت اطلاعات شما راجع به سلامت دهان و دندان کدام است؟ (انتخاب تا ۳ گزینه امکان پذیر است)
- رادیو تلویزیون روزنامه و مجله دندانپزشکم پزشک کودکان
- پزشکم دوستان و اقوام و همسایگان بهداشت خانواده (مرکز بهداشت) غیره
۲. آیا از اطلاعات خود در رابطه با سلامت دهان و دندان راضی هستید؟
- بله خیر نمی‌دانم

عملکرد در خصوص مراقبتهای سلامت دهان و دندان

۱. معمولاً هر چند وقت یکبار مسواک می‌زنید؟
- نامنظم یا هرگز هفته ای یک بار دو تا سه بار در هفته روزی یک بار بیش از یک بار در روز
۲. معمولاً هر چند وقت یکبار از نخ دندان استفاده می‌کنید؟
- هرگز گاهی دو تا سه بار در هفته روزی یک بار بیش از یک بار در روز
۳. در روز چند بار از تنقلات شیرین یا نوشیدنی شیرین (گرم یا سرد) ما بین غذا استفاده می‌کنید؟
- سه بار یا بیشتر حدود دو بار حدود یک بار گاهی، نه هر روز به ندرت

۴. آخرین ویزیت دندانپزشکی شما کی بوده است؟

- طی شش ماه گذشته شش ماه تا یک سال بیش از یکسال ولی کمتر از دو سال
- دو سال یا بیشتر ولی کمتر از پنج سال پنج سال یا بیش از پنج سال قبل هرگز (سؤال ۸) نمی‌دانم

۵. دلیل عدم مراجعه به دندانپزشکی:

- هزینه بالا بوی محیط دندانپزشکی ترس از مواد دندانپزشکی عدم دسترسی به دندانپزشک
- وقت نداشتن برای مراجعه به دندانپزشک سایر، نام ببرید.....

۶. علت ویزیت کدام یک از موارد زیر بوده است؟

- مشاوره و راهنمایی وجود درد یا مشکل در دندانها، لثه یا دهان درمان یا ادامه درمان
- معاینه دوره ای نمی‌دانم/ به خاطر ندارم

شاخصهای ارزیابی وضعیت دهان و دندان خود اظهار

۱. وضعیت سلامت دهان خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
- بسیار خوب خوب متوسط بد بسیار بد نمی‌دانم
۲. اگر همین حالا به دندانپزشکی بروید، فکر می‌کنید که رابطه با دهان و دندان شما چه بگوید؟
- شما باید بهتر مسواک بزنید. نیاز به جرمگیری دارید کشیدن، پرکردن، عصب کشی و غیره نیاز دارید.
- وضعیت دندانی شما خوب است و مشکلی ندارید.
۳. وضعیت لثه خود را چگونه توصیف می‌کنید؟
- بسیار خوب خوب متوسط بد بسیار بد نمی‌دانم

پرسشنامه سلامت دهان و دندان

۴. آیا در طول ۶ ماه گذشته دچار درد یا خونریزی لثه شده اید؟

بله خیر نمی دانم

۵. آیا با شرایط دندانی خود راحت غذا میخورید؟

بله خیر

۶. آیا معمولاً از دهان نفس می کشید؟

بله خیر

۷. آیا سابقه لوزه سوم دارید؟

بله خیر

۸. آیا از بوی بد دهان خود ناراحت هستید؟

بله خیر

۹. تا به حال جرم گیری کرده اید؟

بله خیر

۱۰. آیا دندان مصنوعی متحرک دارید؟

بله، دندان مصنوعی متحرک تکه ای بله، دندان مصنوعی متحرک کامل فک بالا

بله، دندان مصنوعی متحرک کامل فک پایین خیر

۱۱. چند دندان طبیعی دارید؟

بدون دندان طبیعی یک تا ۹ دندان ده تا ۱۹ دندان بیست دندان یا بیشتر

۱۲. آیا در طی ۱۲ ماه گذشته، (وجود مشکل در) دهان یا دندان هایتان موجب درد یا ناراحتی شده است؟

بله خیر نمی دانم

۱۳. آیا در حال حاضر در دهانتان زخم یا ضایعه ای دارید؟

بله خیر نمی دانم

۱۴. طی یک سال اخیر، هر چند وقت یکبار به خاطر وضعیت دهان و دندانهایتان، مشکلات زیر را تجربه کرده اید؟

| فراوانی | | | | | مشکل |
|-----------------|-------------|-------------------|-------------------|--------------------|---|
| (۰) نمی دانم | (۱) هرگز | (۲) گاهی اوقات | (۳) برخی اوقات | (۴) بیشتر اوقات | |
| | | | | | اختلال در گاز زدن غذاها (نشان دهنده مشکلات دندانی در ناحیه قدام فکها) |
| | | | | | اختلال در جویدن غذاها (نشان دهنده مشکلات دندانی در ناحیه خلف فکها) |
| | | | | | اختلال در صحبت کردن یا اشکال در تلفظ |
| | | | | | خشکی دهان (نبود آب دهان یا بزاق) |
| | | | | | به خاطر ظاهر دندان هایم احساس خجالت می کنم. |
| | | | | | به خاطر مشکلات دهان یا دندان هایم عصبی می شوم. |
| | | | | | به خاطر دندان هایم از خندیدن خودداری می کنم. |
| | | | | | بارها (به خاطر مشکل دندان) از خواب پریده ام. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | برخی روزها (به خاطر مشکل دندان) از محل کار غیبت کرده ام. |
| | | | | | در انجام فعالیت های روزمره با مشکل مواجه هستم. |
| | | | | | احساس می کنم همسرم یا افرادی که به من نزدیک هستند به خاطر بوی بد یا ظاهر نازیبای دهانم تحمل مرا ندارند. |
| | | | | | مشارکت در فعالیت های اجتماعی به خاطر بوی بد دهانم یا ظاهر نازیبای دهانم کمتر شده |

معاینه دهان و دندان

| | |
|--|--|
| | تعداد کل دندانهای دائمی |
| | تعداد دندانهای پوسیده (D) |
| | تعداد دندانهای پر شده (F) |
| | تعداد دندانهای خارج شده به علت پوسیدگی (M) |

PERSIAN
Cohort

| توضیحات | پرسشنامه عادات فردی (از زمان فاز ثبت نام) |
|---------|--|
| | <p>۱. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) سیگار کشیده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۳]</p> <p>۲. اگر بله، نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ نخ روزانه نخ هفتگی به مدت ماه</p> |
| | <p>۳. آیا شما هم اکنون سیگار می کشید؟ <input type="checkbox"/> بله [سؤال ۵] <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۴. اگر خیر، چه مدت است که سیگار نمی کشید؟ ماه</p> |
| | <p>۵. آیا شما در معرض تماس با دود سیگار در منزل و یا محل کار بوده/هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۷]</p> <p>۶. چند نفر از افرادی که در منزل و محل کار هستند به نحوی سیگار می کشند که شما در معرض دود آن باشید؟ نفر</p> |
| | <p>۷. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) قلیان کشیده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۹]</p> <p>۸. نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ سر/کلاه روزانه سر/کلاه هفتگی به مدت ماه</p> |
| | <p>۹. آیا شما هم اکنون قلیان می کشید؟ <input type="checkbox"/> بله [سؤال ۱۱] <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۱۰. اگر خیر، چه مدت است که قلیان نمی کشید؟ ماه</p> |
| | <p>۱۱. آیا شما در معرض تماس با دود قلیان در محیط بسته بوده اید/هستید؟ برای چه مدتی؟ <input type="checkbox"/> بله، ساعت در هفته <input type="checkbox"/> خیر</p> |
| | <p>۱۲. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) ناس کشیده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۱۴]</p> <p>۱۳. نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ نوبت روزانه نوبت هفتگی به مدت ماه</p> |
| | <p>۱۴. آیا شما هم اکنون ناس مصرف می کنید؟ <input type="checkbox"/> بله [سؤال ۱۶] <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۱۵. اگر خیر، چه مدت است که ناس مصرف نمی کنید؟ ماه</p> |
| | <p>۱۶. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) چپق یا پیپ کشیده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۱۸]</p> <p>۱۷. نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ سر/کلاه روزانه سر/کلاه هفتگی به مدت ماه</p> |
| | <p>۱۸. آیا شما هم اکنون چپق یا پیپ می کشید؟ <input type="checkbox"/> بله [سؤال ۲۰] <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۱۹. اگر خیر، چه مدت است که چپق یا پیپ نمی کشید؟ ماه</p> |
| | <p>۲۰. آیا شما در معرض تماس با دود چپق یا پیپ در محیط بسته بوده/هستید؟ برای چه مدتی؟ <input type="checkbox"/> بله، ساعت در هفته <input type="checkbox"/> خیر</p> |

| توضیحات | پرسشنامه عادات فردی (از زمان فاز ثبت نام) |
|---------|--|
| | <p>۲۱. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) مواد مخدر مصرف کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۲۳]</p> <p>لطفاً نوع مواد مخدر را مشخص کنید. (چند گزینه ای) <input type="checkbox"/> تریاک <input type="checkbox"/> هرویین <input type="checkbox"/> سوخته <input type="checkbox"/> شیره <input type="checkbox"/> شیشه <input type="checkbox"/> کوکائین <input type="checkbox"/> کراک <input type="checkbox"/> کریستال <input type="checkbox"/> پان <input type="checkbox"/> سایر:.....</p> <p>۲۲. نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ (به ازای هر یک از مواد مصرفی) نوبت روزانه نوبت هفتگی نوبت ماهانه به مدت ماه</p> |
| | <p>۲۳. آیا شما هم اکنون مواد مخدر مصرف می کنید؟ <input type="checkbox"/> بله [سؤال ۲۵] <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۲۴. اگر خیر، چه مدت است که مواد مخدر مصرف نمی کنید؟ ماه</p> |
| | <p>۲۵. آیا شما حداقل ۶ ماه به طور مرتب (حداقل هفته ای یکبار) مشروبات الکلی نوشیده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر [سؤال ۲۷]</p> <p>لطفاً نوع مشروبات الکلی را مشخص کنید. (چند گزینه ای) <input type="checkbox"/> آبجو <input type="checkbox"/> شراب <input type="checkbox"/> مشروبات الکلی با خلوص بیش از ۴۰ درصد</p> <p>۲۶. نحوه مصرف شما چگونه بوده است؟ (به ازای هر یک از مشروبات مصرفی) سی سی روزانه سی سی هفتگی سی سی ماهانه به مدت ماه</p> |
| | <p>۲۷. آیا شما هم اکنون مشروبات الکلی می نوشید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۲۸. اگر خیر، چه مدت است که مشروبات الکلی نمی نوشید؟ ماه</p> |