

پرسشنامه شدت سنجی سوءهاضمه

Dyspepsia Questionnaire

کد بیمار: شماره دارو: نام و نام خانوادگی: سن: ساکن شهر: تاریخ مراجعه اول: تاریخ مراجعه دوم: تاریخ مراجعه سوم: تلفن همراه: قد: وزن: شرح بیماری فعلی: هلیکو باکتر پیلوری: مثبت ☐ منفی ☐ دیابت وابسته به انسولین ☐ دیابت غیر وابسته به انسولین ☐ فشار خون بالا ☐ تری گلیسیرید بالا ☐ کلسترول بالا ☐ سایر: ☐ سابقه درمان های سنتی و مکمل: ندارد ☐ دارد ☐ داروهای در حال مصرف:

پرسشنامه شدت سنجی سوء هاضمه							میزان شکایت						
۱	در هفته گذشته از درد معده اذیت شده اید؟(هر نوع دردی در معده و شکم)						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۲	در هفته گذشته از سوزش معده اذیت شده اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۳	در هفته گذشته از برگشت اسید معده اذیت شده اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۴	در هفته گذشته از درد معده یا شکم به علت گرسنگی اذیت شده اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۵	در هفته گذشته تهوع داشته اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۶	در هفته گذشته از قار و قور شکم اذیت شده اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۷	در هفته گذشته دچار نفخ شکم بوده اید؟ (احساس تورم در معده و شکم)						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۸	در هفته گذشته به علت آروغ زدن ناراحت بوده اید؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۹	در هفته گذشته به علت دفع گاز یا بادشکم اذیت شده اید ؟(خروج گازاز روده)						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۱۰	در هفته گذشته از یبوست اذیت شده اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۱۱	در هفته گذشته از اسهال اذیت شده اید ؟(دفع مکرر مدفوع آبکی و شل)						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۱۲	در هفته گذشته از شلی مدفوع اذیت شده اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۱۳	در هفته گذشته از سفتی مدفوع اذیت شده اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۱۴	در هفته گذشته از احساس نیاز به دفع فوری مدفوع اذیت شده اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۱۵	در هفته گذشته وقتی به توالت میرفتید، احساس تخلیه نا کامل روده داشته اید؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۱۶	در هفته گذشته سیری زودرس داشته اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۱۷	در هفته گذشته پری سر دل بعد از غذا داشته اید؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید
۱۸	در هفته گذشته از ترش کردن معده اذیت شده اید ؟						هیچ	خیلی کم	کم	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	بسیار شدید

رضایت نامه آگاهانه :

من تایید میکنم که برگ اطلاعات مشارکت کننده به تاریخ را برای انجام تحقیق فوق خوانده و فهمیده ام و این فرصت برای من داده شده که سوالات مورد نظرم را بپرسم.

اینجانب رضایت قلبی خود را جهت شرکت در این طرح پژوهشی درمانی اعلام میدارم .

نام مشارکت کننده : تاریخ : امضاء:

عوارض جانبی :

در صورتی که دچار هر گونه عارضه جانبی شده اید ، لطفا ذکر نمایید :

آیا در طول دوره درمانی اخیر (در طرح تحقیقاتی) از داروی شیمیایی یا گیاهی استفاده نموده اید؟

پیگیری هفته اول :

پیگیری هفته دوم :

پیگیری هفته سوم :

پیگیری هفته چهارم :

پیگیری بعد هفته هشتم :

مزاج
سنج

