طراحی و اعتبار سنجی"فرم بررسی پوکی استخوان"

مرضیه پازکیان ۱، فریده یغمایی ۲*

تاريخ دريافت: 1391/12/17 تاريخ پذيرش: 1392/02/01

چکیده

پیش زمینه و هدف: پوکی استخوان و شکستگیهای ناشی از آن به دلیل ایجاد ناراحتی، ناتوانی، کاهش کیفیت زندگی و مرگ یک مسئله بهداشتی مهم در دنیا است. با توجه به اهمیت ثبت و گزارش دهی بیماری پوکی استخوان، این مطالعه با هدف طراحی و اعتبار سنجی " فرم بررسی پـوکی اسـتخوان" در افـراد جامعه انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه یک مروری منظم است که با مرور متون، جستجوی اینترنتی و مطالعات کتابخانهای در مورد فرم ارزیابی استئوپورز با کلید واژهای "فرم"، "استئوپورز"، "بروز" و " بررسی" بین سالهای ۱۹۹۷-۲۰۰۸ آغاز شد. در این مطالعه ۲ فرم و ۳ پرسشنامه که در مورد پوکی استخوان در این زمینه بدست آمد، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سپس " فرم بررسی پوکی استخوان" طراحی گردید. جهت تعیین اعتبار فرم، از اعتبار محتوا استفاده شد و فرم طراحی شده به ۵ نفر متخصص پرستاری، ۲ نفر از پزشکان در مراکز سنجش تراکم استخوان و ۳ فیزیوتراپ که در مورد پوکی استخوان، علل بروز، عوارض تجربه و دانش کافی داشتند ارائه گردید و نظرات آنها بررسی و اعمال گردید.

یافته ها: در این مطالعه "فرم بررسی پوکی استخوان" طراحی و مورد اعتبارسنجی قرا گرفت. از مزیتهای فرم طراحی شده ی "بررسی علل بروز پوکی استخوان" می توان به موارد زیر اشاره کرد: در بسیاری از فرمهای بدست آمده در مورد تاریخچه هورمونی در مردان از بیمار سؤالی نمی شد و یا به عوامل خطر ایجاد استئوپوز در مردان توجه نمی شود در حالی که مطالعات قبلی نشان داد که اختلالات هورمونی از قبیل کمبود تستوسترون، ابتلا به سرطان پروستات که می تواند خطر ابتلا به استئوپورز را بیشتر کند. بنابراین در این فرم سؤالاتی در این حیطه طراحی شده که فرد به طور کامل بررسی می کند، همچنین این فرم جهت تمام افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و سنجش تراکم استخوان، مدارس، دانشگاهها و در نهایت کل جامعه قابلیت کارایی دارد.

نتیجه گیری: "فرم بررسی پوکی استخوان" یک فرم جامع بوده و اطلاعات آن می تواند بیماری پوکی استخوان و شکستگی آن را شناسایی کند. اطلاعات حاصل می تواند سبب پیشگیری از وخامت بیماری شود.

كليد واژهها: طراحي، اعتبار سنجي، فرم بررسي پوكي استخوان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره سوم، ص ۱۸۳-۱۷۶، خرداد ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: تهران، خ ولیعصر، تقاطع نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۹۱۲۱۵۵۹۶۲۴ Email: farideh_y2002@yahoo.com

مقدمه

استئوپورز یا پوکی استخوان بیماری خاموشی است که میلیونها نفر را در ایران و جهان مبتلا کرده است(۱). بررسی سازمان بهداشت جهانی نشان داده است که ۷۵ میلیون نفر در ایالات متحده، اروپا و ژاپن به پوکی استخوان مبتلا هستند که در این میان از هر Υ زن یائسه ۱ نفر مبتلاست(۲). طبق گزارش بنیاد ملی استئوپورز آمریکا، Υ میلیون آمریکایی را تهدید

می کند که از این تعداد ۱۰ میلیون مبتلا می باشند و 8 میلیون توده استخوانی پایین دارند که آنها را در معرض خطر قرار می دهد(4). زنان 4 برابر مردان در معرض خطر این بیماری هستند(6 , 9). خطر ابتلا به پوکی استخوان در نیمی از زنان 6 سال و بالاتر وجود دارد(9). در ایران نیز پوکی استخوان شیوع بالایی دارد و 6 درصد مردان بالای 6 سال و 9 درصد زنان بالای 6 سال به استئوپورز یا استئوپونی مبتلا هستند(1).

[ٔ] دانشجوی دکترای پرستاری. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران ایران

۲ دکترای تخصصی بهداشت عمومی. دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران. ایران (نویسنده مسئول)

Osteoporosis *

مجله پزشکی ارومیه دوره ۲۴، شماره ۳، خرداد ۱۳۹۲

جمشیدی و همکاران در سال ۱۳۸۲ در پژوهشی تحت عنوان " بررسی شیوع پوکی استخوان در زنان ۶۰-۴۰ سال شهر تهران" نشان دادند ۵۰/۶ درصد زنان در ناحیه ستون فقرات ۲۹/۶ درصد زنان در ناحیه فمور به استئوپونی یا استئوپورز مبتلا هستند. در زنان یائسه شیوع استئوپورز در ناحیه فمور ۴/۶ و در ناحیه ستون فقرات ۲۳/۱ درصد بود و میزان چگالی استخوانی آنها نسبت به زنان غیر یائسه کمتر بود(۱۲). استئوپورز معمولاً بدون علامت است اما در صورت پیشرفت علائمی از قبیل درد پشت، شکستگی، کوتاهی قد و كيفوز تظاهر مى كند (١٠). شكستگىها شايعترين و جدى ترين عارضه استئويورز هستند (۱۴، ۲). اين عارضه مسئول ۱/۵ میلیون شکستگی در سال است که شامل ۳۰۰۰۰۰ شکستگی لگن و ۷۰۰۰۰۰ شکستگی ستون مهرههاست، شکستگی لگن در سراسر دنیا در حال افزایش است و پیش بینی میشود که در سال ۲۰۵۰ به ۴/۶ میلیون برسد(۷). سبک زندگی در سالهای رشد مهمترین فاکتور در تعیین خطر بروز استئوپروز در سالهای بعدی زندگی میباشد و سبک زندگی شهری و بی تحرکی و عدم استفاده از استخوانها از جمله ریسک فاکتورهای استئویروز به شمار میروند (۸).

سولین چنگ و همکارانشان در سال ۲۰۰۵ در نتایج پژوهش خود اظهار داشتند شکل گیری استخوانها در دوران بچگی نیاز به ذخایر کلسیمی بالایی دارد (۹).

هات و درنیزو^۲ در نتایج پژوهش خود در سال ۲۰۰۶ اظهار میدارند مصرف روزانه شیر گاو ۸۳ درصداز کلسیم مورد نیاز نوجوانان دختر و ۶۵ تا ۷۲ درصد از کلسیم مورد نیاز بزرگسالان را تأمین می کند (۱۰).

استئوپورز و شکستگیهای ناشی از آن بار اقتصادی زیادی را بر جوامع تحمیل میکند و بار اقتصادی آن با دیگر بیماریهای مزمن قابل مقایسه است حتی گزارش شده که ابتلا به آن و شکستگیهای ناشی از آن نیاز به روزهای بستری بیشتری نسبت به سکته مغزی و سرطان سینه دارد(۷). هزینههای مستقیم شکستگیهای ناشی از استئوپورز در اتحادیه اروپا ۳۲ بیلیون پوند در سال ۲۰۰۰ و بنیاد ملی استئوپورز آمریکا نیز هزینههای مستقیم مرتبط با شکستگیهای لگن را ۱۸۸ بیلیون دلار در سال ۲۰۰۲ محاسبه کرده است(۴).

بررسی اییدمیولوژیک یک بیماری نه تنها سبب افزایش آگاهی درباره بیماری می گردد، بلکه به منظور برنامه ریـزی جهت پیشگیری از عوارض نیز ضرورت دارد . از آن جا که بسیاری افراد جزء گروههای پرخطر و آسیب پذیر در ارتباط با بیماری پوکی میباشند. تعیین علل بیماری بسیار حائز اهمیت است زیرا اطلاعات جامع در خصوص کلیه عوامل خطرزا مانند روش زندگی، تغذیه و... را فراهم می کند. اعضای تیم بهداشتی از قبیل پزشک و پرستار نقش اساسی در بررسی اپیدمیولوژیکی ایفا می کنند و انتظار می رود که اعضای تیم بهداشتی بتوانند بیمار را به طور دقیق ارزیابی کنند. یکی از روشهای بررسی استفاده از فرمهای معتبر در مورد بیماری مورد نظر است. اگرچه بسیاری از کشورها در مناطق مختلف جهان فرم یا پرسشنامهای جهت انجام بررسی بیماران در خصوص استئوپورز تهیه کردهاند ولی همه آنها نواقصی دارند و برخی از سؤالات مربوط به فرهنگ و روش زندگی در همان کشورهاست. در ایران با توجه به شیوع بیماری پوکی استخوان هیچ فرم جامعی جهت بررسی علل بروز پوکی استخوان وجود ندارد و زمانی که بیمار دچار عارضه آن يعني شكستگي ميشود، تشخيص داده ميشود .

با توجه به اهمیت بیماری پوکی استخوان راهکارهای پیشگیری و تشخیص به موقع باید در مراقبتهای بهداشتی جامعه مورد توجه قرار گیرد. با وجود تعداد مقالات بسیاری در مورد پوکی استخوان اغلب آنها به مشخصات عوامل موثر بر ایس بیماری، شیوع آنها و مداخلاتی جهت درمان میپردازند در حالی که میبایست عوامل به وجود آورنده آن، سهم هر عامل بر روی بروز بیماری یا احتمال بروز آن در سالهای زندگی به ویژه غربالگری قبل از بروز علایم بالینی توجه شود . با توجه به ایس که در ایران بیماری پوکی استخوان روبه افزایش است اما فرم بررسی علل پوکی استخوان در ایران وجود ندارد هدف از این مقاله طراحی و روان سنجی" فرم بررسی علل بروز پوکی استخوان" در افراد برای شناسایی سریع تر و پیشگیری از عارضه آن یعنی شکستگی بسیار مهم است.

مواد و روشها

این مطالعه با هدف طراحی فرم" بررسی پوکی استخوان" انجام شده است که با مطالعه کتب و مرور بر مطالعات انجام شده و استفاده از پایگاههای اطلاعاتی از قبیل MEDLINE شده و استفاده از پایگاههای اطلاعاتی از قبیل ISI H: \Osteoporosis - Med niche, ، CINAHL .www.state.nj.us/health .www.inlm.org .Inc.htm با کلید واژههای بررسی، فرم، استئوپورز چندین فرم و

¹ Sulin Cheng

² Huth & Dirienzo

پرسشنامه از کشورهای مختلف بدست آمد . در این بررسی ۲ فرم و ۳پرسشنامه بدست آمد که مطالعه و فرم بررسی پوکی استخوان ارائه گردید:

فرم اول تحت عنوان" فرم بررسی استئوپورز" (Osteoporosis Assessment Form) بود که توسط انجمن پژوهشها و آموزش استئوپورزیس در جولای ۱۹۹۷ ارائه شده است. شامل پنج بخش است که شامل سؤالاتی در مورد تاریخچه زنان و مامایی (۵ سؤال، تاریخچه مصرف داروها (۳ سؤال)، روش زندگی (۵ سؤال)، سابقه افتادن و شکستگی (۱ سؤال)، تاریخچه استئوپورز و درد پشت (۲ سؤال) است که با جواب سه گزینهای (بلی، خیر، نمی دانم) پاسخ داده می شود.

در مورد نقاط قوت و ضعف این فرم می توان گفت اگرچه این فرم سؤالات اختصاصی در مورد پوکی استخوان مطرح می کند ولی به نظر پژوهشگر بررسی روش زندگی با ۵ سؤال دقیق و کامل به نظر نمی رسد، همچنین در این فرم جای بررسی تستهای تشخیصی در یک سال اخیر برای غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر خالی به نظر می رسد. در ضمن در فرم اشاره شده در مورد تاریخچه اختلالات هورمونی در مردان و به عوامل خطرزا در بروز پوکی استخوان در مردان اشارهای نشده است. در نتیجه می توان گفت پژوهشگر سعی کرده است با ارائه فرم "بررسی علل بروز پوکی استخوان" جای خالی این نواقص را پر کند.

۱) فرم دیگر تحت عنوان مشاوره در مورد استئوپورز: تاریخچه بیمار" (Osteoporosis Consultation: Patient History)که این فرم توسط مرکز استئوپورز و پژوهشهای New Mexico Clinical Research) بالینی در مکزیک Costeoporosis Center پهیه گردید و در فوریه ۲۰۰۹ نیز آخرین ویرایشهای صورت گرفته است. این فرم از ۴ بخش تشکیل شده است که بخش اول حاوی سؤالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک از قبیل سن، جنس، نام بیمار، تاریخ مراجعه، شغل یا شغل قبلی، نژاد (اروپایی، اسپانیایی، آمریکایی – افریقایی و نژادهای دیگر است) و ۱۰ سؤال باز پاسخ از قبیل: پزشک اولیه مراقبت از شما چه کسی است ؟آیا نسخهای از مشاورههای قبلی دارید؟ دلیل شما برای مشاوره استئوپورز چیست ؟آیا قبلاً تست سنجش تراکم استخوان داشتهاید؟ دادهها و مکان انجام تست سنجش تراكم استخوان را ليست كنيد، آيا شما عكس، CT يا MRI از ستون فقرات داشتهاید؟ دادهها و مکان انجام عکس، CT یاMRI از ستون فقرات را لیست کنید، بخش دوم ۲۶ سؤال کوتاه با پاسخ بلی و خیر که اطلاعاتی در مورد سابقه

شكستگى، سابقه خانوادگى استئوپورزيس، سابقه بيمارى، کمبود ویتامین Dو غیره است که در انتها از بیمار خواسته می شود که اگر پاسخ سؤالی مثبت است در مورد آن توضیح دهد. بخش سوم که فهرستی از داروهایی که روی تراکم استخوان تأثير مي گذارد از قبيل استروژن، كلسيم، پردنیزولون، لوپرامید، هپارین و... است که اگر بیمار دارویی را مصرف می کند باید مقدار آن را، تاریخ شروع، تاریخ خاتمه، دلیل خاتمه را بیان کند. در انتهای این بخش هم از بیمار خواسته می شود که اگر دارویی را غیر از آن لیست مصرف می کند، نام و میزان و مدت زمان آن را شـرح دهـد. بخش چهارم در مورد سابقه جراحی و تاریخ آن را بیان کند . بخش پنجم سؤالاتی در مورد خانمها است که شامل (سن شروع قاعدگی، سابقه سرطان تخمدان، سینه و جراحی هیستر کتومی و داروهای مورد استفاده است . بعلاوه سؤالاتی در مورد آقایان است که شامل اختلال در مورد نعوظ، کاهش تستوسترون، سرطان پروستات و داروهای مورد استفاده برای سرطان است . در انتها از بیمار خواسته می شود اگر توضیحات اضافی دیگری دارد، شرح دهد. در نقد و بررسی این فرم میتوان گفت اگر چه این فرم ابعاد مختلفی را در مورد علل بروز پوکی استخوان بررسی میکند ولی در بررسی روش زندگی از قبیل سیگار کشیدن، مصرف قهوه، لبنیات، نوشابه و ... که می تواند در بروز یا پیشگیری از پوکی استخوان تأثیر بگذارند، سؤالی مطرح نشده است.

۲) پرسشنامه ای تحت عنوان "پرسشنامه بیماران استئوپورز انجمن روماتولوژی Rheumatology Associates Osteoporosis Patient Questionnaire)" شامل مشخصات دموگرافیک(نام، تاریخ تولد، سن، جنس) سؤالاتی در مورد تاریخچه پزشکی در مورد استخوان از قبیل (سابقه انجام تست تراكم استخوان، سابقه شكستگى استخوان در ستون فقرات، مچ و دندهها یا قسمتهای دیگر بعد از ۴۰ سالگی، کوتاه شدن قد و سابقه افتادن و....)، تاریخچه دارویی (مقدار و مدت زمان مصرف) از قبیل: پردنیزولون، داروهای استنشاقی آسم و، عادات تغذیهای از قبيل مصرف شير، الكل، سيگار كشيدن، ابتلا به بیماریهای دیگر (آرتریت روماتوئید، لوپوس، اختلالات تیروئیدی، جراحی معده و...)، تاریخچه مامایی در زنان از قبیل (سن شروع قاعدگی و یا پائسگی، سابقه مصرف قرصهای هورمونی جایگزین، سابقه سرطان تخمدان یا سینه، جراحی رحم و...) و در انتها از بیمار خواسته می شود اگر توضیحات دیگری در مورد وضعیت سلامتی عمومی یا استئوپورزمطرح کند. در نقد ایج پرسشنامه برخلاف فرمهای مجله پزشکی ارومیه دوره ۲۴، شماره ۳، خرداد ۱۳۹۲

قبلی روش زندگی فرد مورد سؤال قرار گرفته ولی در مورد اختلالات هورمونی در آقایان که میتواند از علل بروز پوکی استخوان باشد سؤالی مطرح نشده است.

پرسشنامه دیگر تحت عنوان "پرسشنامه تاریخچه پزشکی" (Medical History Questionnaire) توسط مرکز استئوپورز شیمال غیرب امریکا (Osteoporosis Center طراحی شده است که حاوی یک چک لیست ۴۰ سؤالی در مورد مشخصات دموگرافیک(نام، سن، جنس، تاریخ تولد، قد و وزن و نیژاد)، سؤالاتی در مورد تاریخچه پزشکی، دارویی، عادات تغذیهای، شکستگی، سنجش تراکم استخوان بود.

پرسشنامه دیگر تحت عنوان پرسشنامه" پیگیری تراکم استخوان"(Follow Up Densitometry Questionnaire) که توسط مرکز استئوپورز شمال غرب امریکا تهیه شده است و در پیگیریهای بیمار بررسی میشود و در زمینه تغذیه، مکملهای کلسیم، داروها از بیمار سؤالاتی پرسیده میشود . در نقد این دو پرسشنامه میتوان گفت که بهتر بود مانند فرمها سؤالات در ابعاد مختلف از قبیل روش زندگی، فعالیت، تاریخچه دارویی و ... دسته بندی شده و بعد مطرح و در صورت یاسخ مثبت توضیحات تکمیلی داده شود.

در بررسی و نقد کلی این فرمها و پرسشنامهها می توان گفت هر کدام روی یک بعد تمرکز بیشتر داشته و سؤالات در آن زمینه بیشتر مطرح شده و هیچ کدام به طور جامع علل بروز پوکی استخوان را مطرح نمی کنند و با توجه به اینکه در سایتهای معتبر ایرانی از قبیل SID و سایت مراکز تحقیقات غدد ایران هیچ فرمی جهت بررسی پوکی استخوان وجود ندارد، با همکاران و متخصصین ارتوپدی در مورد پوکی استخوان در مراکز سنجش تراکم استخوان مشورت و آنها اظهار داشتند که بیماری که برای سنجش تراکم استخوان مراجعه می کند، در مورد بیماریهای زمینهای، سابقه خانوادگی و استئوپورز و در مجموع یک بررسی کلی انجام می شود ولی به طور اختصاصی فرمی برای بررسی پوکی استخوان وجود ندارد.

افتهها

بدین ترتیب پژوهشگر با بررسی فرم کشورهای دیگر و تعدیل آنها با توجه به فرهنگ و روش زندگی در ایران یک فرم برای "بررسی علل بروز پوکی استخوان" طراحی کرده است. از مزیتهای فرم طراحی و روان سنجی شده بررسی علل بروز پوکی استخوان" میتوان به موارد زیر اشاره کرد: در

بسیاری از فرمهای بدست آمده در مورد تاریخچه هورمونی در مردان از بیمار سؤالی نمیشد و یا به عوامل خطر ایجاد استئوپوز در مردان توجه نمیشود در حالی که مطالعات نشان داد که اختلالات هورمونی از قبیل کمبود تستوسترون، ابتلا به سرطان پروستات که میتواند خطر ابتلا به استئوپورز را بیشتر کند که در فرم از بیمار در این مورد سؤال میشود (قسمت سوم فرم) یا در مورد روش زندگی که نقش اساسی در بروز یا تشدید پوکی استخوان دارد به صورت جزئی از بیمار سؤال میشود (قسمت پنجم).

با توجه به اهمیت بیماری پوکی استخوان و عدم فرم جامع جهت بررسی کامل بیماران از نظر علل بروز پوکی استخوان این مطالعه به منظور ارایه "فرمی بررسی علل بـروز پوکی استخوان" برای بررسی افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تراکم استخوان و حتی غربالگری افراد از نظر مشخصات جمعیت شناسی، عوامل خطرزای پوکی استخوان از قبیل روش زندگی، بیماریها، داروهای مصرفی و... تهیه و طراحی گردیده است. این فرم شامل ۷ قسمت است: قسمت اول حاوی ۸ سؤال در مورد مشخصات دموگرافیک، قسمت دوم حاوی ۵ سؤال در مورد تاریخچه مامایی و اختلالات هورمونی در زنان، قسمت سوم حاوی۴ سؤال در مورد اختلالات هورمونی در مردان، قسمت چهارم حاوی ۳ سؤال در مورد تاریخچه دارویی و درمانی، قسمت پنجم حاوی ۹ سؤال در مورد روش زندگی، قسمت ششم حاوی ۱ سؤال در مورد سابقه افتادن و شکستگی، قسمت هفتم حاوی ۶ سؤال در مورد تاریخچه استئوپورز و کمردرد و قسمت هشتم حاوی ۳ سؤال در مورد تستهای تشخیصی و سطح کلسیم در یک سال اخیر است که همه سؤالات حاوی گزینههای بلی، خیر یا تا حدودی است و در برخی موارد که پاسخ مثبت است و نیاز به توضیح است از بیمار خواسته می شود در آن مورد شرح دهد.

جهت اعتبار فرم که بیانگر آن است که آیا فرم تهیه شده "فرم بررسی علل بروز پوکی استخوان" علل ایجاد کننده پوکی استخوان را به طور دقیق بررسی می کند از اعتبار محتوا استفاده شد لذا فرم به ۵ نفر متخصص پرستاری، ۲ نفر از پزشکان در مراکز سنجش تراکم استخوان و ۳ فیزیوتراپ که در این زمینه تجربه و دانش کافی داشتند ارائه گردید و نظرات اصلاحی در فرم ارائه گردید و بعد از بررسی آنها با دلیل منطقی اصلاحاتی در مورد فرم انجام شد و در نهایت فردید.

فرم بررسی پوکی استخوان(Osteoporosis Assessment Form)

	ترم بررسی پوتی است وان را Costcoporosis Passossinent I Orini
۱/ جسن: زن □ مرد□ ۱/ قوست: زن □ مرد□ ۱/ قوست: زن □ فارس□ لر□ کرد□ بیاری البروا□ در□ بیاری البروا□ در□ کرد□ بیاری□ در□ در□ بیاری□ در□ در□ بیاری□ در□	•
 ۱. جیس: زن □ مرد□ ۲. وزریه کیلوگرچ □ □ ۱. وزریه کیلوگرچ □ □ ۱. وزریه کیلوگرچ □ □ ۱. اساقه میلیای های مرمن: دیلیات ایساری های عدد درون ریز (کوشیات. هیپرتوندیسم و س) □ بعداری سیلیات ایساری سالیات ایساری استون □ سیروز کندی □ جراحی کولون و معده □ سنگ کلیه □ غیره □ حراحی کولون و معده □ سنگ کلیه □ غیره □ حراحی کولون و معده □ سنگ کلیه □ غیره □ حراحی کولون و معده □ سنگ کلیه □ شره □ حراحی کولون و معده □ سنگ کلیه □ شره چه ایسان □ کارشناسی ارشد و بالاتر □ ۱. ایا شما فراح قامدگی منظم بین سین ۱۰ ۱۸ سال داشته اید؛ بلی □ خیر □ تاخیخوه ماشی و اختلات هوره فی می با بدون خوز برای داشته اید؛ بلی □ خیر □ ایا شما درخول سیکل های قائدگی یا باردای دوره هایی با خوز برای کم با بدون خوز برای داشته اید؛ بلی □ خیر □ ایا شما درخول سیکل های قائدگی یا باردای دوره هایی با خوز برای کم با بدون خوز برای داشته اید؛ بلی □ خیر □ ایا شما درخول سیکل های قائدگی یا باردای دوره هایی با خوز برای کم با بدون خوز برای داشته اید؛ بلی □ خیر □ ایا شما درخول سیکل های قائدگی یا باردای دوره هایی با خوز برای کم با بدون خوز برای داشته اید؛ بلی □ خیر □ ایا شما درخول سیکل های قائدگی یا باردای دوره هایی با خوز برای کم با بدون خوز برای داشته اید؛ بلی □ خیر □ ایا شما درخول برای ایا شما درخول برای درخول سیخ کم با بدون خوز برای داشته اید؛ بلی □ خیر □ اگر بلی در چه سایی ۱۹ □ آبال شما ساقه ای ایا تعلق خوره و سینی □ □ آبال شما ساقه ای ایا تعلق خوره خوره سینی □ □ ایا شما همکنلای از قبیل اعتمال موره خوره ای ایا تعلق خوره سینی □ □ ایا شما همکنلای از قبیل اعتمال خوره ایا تعلق خوره ایا ایا خیر □ آبال شما ساقه ای ایا تعلق خوره در ایا داشته اید؛ بلی □ خیر □ آبال شما ساقه ای ایا تعلق خوره خوره ای در ایا داشته اید؛ بلی □ خیر □ آبال شما ساقه ای ای دوله کردید کا □ ایا سازی □ قبیل خوره سینی □ ایا تعلق خوره کردید کا □ ایا سازی □ قبیل خور ایا در اطاق خوره کردید کا □ ایا سازی ایا درخول کردید کا □ ایا سازی ایا درخوانی دو بدانی شروع کردید کا □ خیر ایا در را ایا درخوانی در در دالی خوره در ایا در رافاع کلید و درخول کرد	nn' \
 ٩. وزن به کیلوگرد: □ ٩. وزن به کیلوگرد: □ ٩. این علاوگرد: □ ٩. این علاوگرد: □ ٩. این علاو موارد: □ ٩. این علاول موارد: ویاب این این این این این این این این این این	
 ٩. أوميت: تركا: فارس ل كرد بلوچ سابر موارد ما بلوچ سابر موارد مناه بيماری های متردن : دباست بيماری های متردن : دباست بيماری های متردن : دباست بيماری های متعد درون زر ترکونينگ هم برترونید	
	1
های اتوابیتون آرتریت روماتونید هیپرتانسیون سیروز کیدی جراحی کولون و معده سنگ کلیه غیره جراحی کولون و معده سنگ کلیه غیره جنسیساد ایندالی الفتمایی دبیرستانی کارشناسی ارشد و بالاترا کارشناسی ارشد کرابیان بیشتراز بکرابیان بیشتراز بکرابیان استفاده این کیر نامه در دور نامیکن مینظم بین سنین ۱۹۰۰ اسل داشته اید؟ بلی خیر نامه در جه سنی اسلامی و اختلاک هورمونی در زبان کیر کارشناسی استفاد اید؟ بلی خیر کارشناسیسند کاربیلی جو مدت است؟ کاربیلی جو مدت است؟ کاربیلی در جه سنی کاربیلی در جه سایی این خیر کارشناسیسند کاربیلی در جه سایی این کاربیل در جه سایی کاربیلی در جه سایی این استفاد کاربیلی در جه سایی این استفاد کاربیلی در جه سایی این استفاد کاربیلی در جه سنی کاربیل در خواد دورمون بردانه از قبیل اختلاک در موظ دارید یا قبلا داشته اید؟ بلی خیر کاربیلی در چه سنی کیونه درمان شدید؟ جراحی دارودرمانی دارید زاید خیر استفاد مینکنده درمان شدید؟ جراحی دارودرمانی دارید زاید خیر استفاد مینکنده درمان شدید؟ جراحی دارودرمانی دارید زاید خیر و اگریلی در چه سنی کیونه درمان شدید؟ جراحی دارودرمانی دارید زاید خیر و اگریلی در چه سنی کیونه درمان شدید؟ جراحی دارودرمانی دارید زاید خیر و اگریلی در چه سنی کیونه درمان شدید؟ جراحی دارودرمانی دارید زاید نامید دیر کاربیان در خیر کاربیلی در چه سنی کیونه درمان شدید؟ جراحی دارودرمانی در دول حاضر سایقه مصرف دارودانی در دول کسیم کنید؟ بلی این خیر کاربیلی در چه درمانی این در فیلی در دول کسیم درمانی استدرون درمانی استدرون درمانی استدرون درمانی استدرون درمانی استدرون درمانی در دول کسیم درمانی استدرون درمانی استدرون درمانی درمانی در دول کسیم درمانی استدرون درمانی درمانی درمانی درمانی درمانی در دول کسیم این درمانی	
	9. تحصیلات: بیسواد □ ابتدایی□ راهنمایی□ دبیرستانی□ کارشناسی ارشد و بالاتر□
	٧. سابقه اختلالات ژنتیک : سندرم ترنر □ استئوژنزیس(استخوان سازی) ناقص□
1. آیا شما دوره قاعدگی منظم بین سنین ۱۳۰۰ سال داشته اید؟ بلی □ خبر □ تاحدودی □ 7. آیا شما درطول سیکل های قلدگی یا بازداری دوره هایی با خونریزی کم یا بدون خونریزی داشته اید؟ بلی □ خبر □ 7. آیا شما یائسه شده اید؟ بلی □ خبر □ 7. آیا شما یائسه شده اید؟ بلی □ خبر □ 7. آیا شما یائسه شده اید؟ بلی □ خبر □ 7. آیا شما یائسه شده اید؟ بلی □ خبر □ 7. آیا شما یائسه شده اید؟ بلی □ خبر □ 7. آیا شما یائسه شده اید؟ بلی □ خبر □ 7. آیا شما یائسه شده اید؟ بلی □ خبر □ 7. آیا شما شمکلاتی از قبیل اختلال دواند با قبیل اختلال دواند و دورونی در مودان(این قسمت فقط توسط مردان پرشود) 7. آیا شما سابقه ای از آمیل اختلال در نعوظ دارید با قبیل اختلال در نعوظ دارید؛ بلی □ خبر □ 7. آیا شما سابقه ای از آمیل اختلال در نعوظ دارید با قبیل اختلال در نعوظ دارید؛ بلی □ 7. آیا شما سابقه ای از آمیل به درمان شدید؟ جراحی □ دارودرمانی □ رادیوترایی □ شبعی درمانی □ سابر □ 7. آیا شما سابقه ای از آمیل می مورمونی چایگرین ((HRT) سنفاده می کنید؟ بلی □ خبر □ 7. آیا شما شملکلاتی ان روزانه چند میلی گرم است : □□ 7. آیا شما قبیل با در حال حاضر سابقه مصوف داروهایی زیر را داشته اید؟ 7. آیا شما قبیل با در حال حاضر سابقه مصوف داروهایی زیر را داشته اید؟ 7. آیا شما قبیل با در حال حاضر سابقه مصوف داروهایی زیر را داشته اید؟ 7. آیا شما قبیل با در حال حاضر سابقه مصوف داروهایی زیر را داشته اید؟ 7. آیا شما قبیل با در حال حاضر سابقه مصوف داروهایی زیر را داشته اید؟ 7. آیا شما قبیل با در حال حاضر سابقه مصوف داروهایی زیر را داشته اید؟ 7. آیا شما قبیل با در حال حاضر سابقه مصوف داروهایی زیر را داشته اید؟ 7. آیا شما قبیل با در حال حاضر سابقه مدون از ترضیعی کردید؟ □ 7. آیا شما قبیل با در حال حاضر سابقه عراض ای در در اید که استفاده می کنید؟ □ دلی قبیل فوکریستین و □ دارسانی سابر □ اگر بلی نام ببرد؟ 7. آیا شما قبیل با در حال حاضر سابقه و در داریل (درمانی یا تشخیعی) داشته اید؟ 7. آیا شما تاکنون رادیوترایی به هود دالیل (درمانی یا تشخیعی) داشته اید؟ 7. آیا شما تاکنون رادیوترایی به هوده است : □ □ دفیت حدید) دید خبر درمانی ان را قبل کردید؟ □ دید خبا در داری دارد دارد دارد دارد دارد دا	۸. تعداد زایمان ها∶ یک زایمان□ بیشتراز یک زایمان□
 آیا شما در طول سیکل های قائدگی یا بارداری دوره هایی با خوتریزی کم یا بدون خوتریزی داشته اید؟ بلی□ خیر□ آگر بلی در چه سنی□ طل مدت □□ آگر بلی در چه سنی انتخابات سرطان رحو□، سرطان دهانه رحع□ سایرسرطان های سیستم تناسلی □ آگر بلی در چه مدت است؟ که مبتلا هستید؟ □□ آگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگربلی در چه سنی ۱۵□ همیده هورمونی در مردانه از قبیل تستوسترون دارید؟ بلی□ خیر□ آگربلی در چه سنی ۱۵□ چه مدت است ۱۵□ آگربلی در چه سنی ۱۵□ چه مدت است ۱۵□ آگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ دارودرمانی□ رادیوترایی□ شیمی درمانی□ سایر□ آگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ دارودرمانی□ رادیوترایی□ شیمی درمانی□ سایر□ آگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ دارودرمانی□ رادیوترایی□ شیمی درمانی□ سایر□ آگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ دارودمانی□ رادیوترایی□ شیمی درمانی□ سایر□ آگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ درمانی□ سایر□ آگربلی در چه سالی □□ و درمانی آیا ترقیط کردید؟□□ آیا شما قبلا یا در حال حاضر سایقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ آیا شما قبل فلوکیستین و سایر ایا در حال حاضر سایقه مصرف داروهایی و درمانی □ دروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ و ایا دروهای هنوران آن و تورند چند میلی گرم است ۱۵□ آگربلی شام و درودهای استنشانی آم درود و درمانی یا تشخیمی) داشته اید؟ یا و خیران آن رادیوترایی و درود است ، توضیح دوید؟ □□ آگربلی شام تران آن روزه چند میلی گرم است : □ آگربلی شدی کردید؟□ آگربلی شدی کردید؟□ 	• قسمت دوم: تاریخچه مامایی و اختلالات هورمونی در زنان
 آیا شما در طول سیکل های قائدگی یا بارداری دوره هایی با خوتریزی کم یا بدون خوتریزی داشته اید؟ بلی□ خیر□ آگر بلی در چه سنی□ طل مدت □□ آگر بلی در چه سنی انتخابات سرطان رحو□، سرطان دهانه رحع□ سایرسرطان های سیستم تناسلی □ آگر بلی در چه مدت است؟ که مبتلا هستید؟ □□ آگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگر بلی در چه سالی ۶۵□ ایا تخمیان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی□ خیر□ اگربلی در چه سنی ۱۵□ همیده هورمونی در مردانه از قبیل تستوسترون دارید؟ بلی□ خیر□ آگربلی در چه سنی ۱۵□ چه مدت است ۱۵□ آگربلی در چه سنی ۱۵□ چه مدت است ۱۵□ آگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ دارودرمانی□ رادیوترایی□ شیمی درمانی□ سایر□ آگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ دارودرمانی□ رادیوترایی□ شیمی درمانی□ سایر□ آگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ دارودرمانی□ رادیوترایی□ شیمی درمانی□ سایر□ آگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ دارودمانی□ رادیوترایی□ شیمی درمانی□ سایر□ آگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ درمانی□ سایر□ آگربلی در چه سالی □□ و درمانی آیا ترقیط کردید؟□□ آیا شما قبلا یا در حال حاضر سایقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ آیا شما قبل فلوکیستین و سایر ایا در حال حاضر سایقه مصرف داروهایی و درمانی □ دروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ و ایا دروهای هنوران آن و تورند چند میلی گرم است ۱۵□ آگربلی شام و درودهای استنشانی آم درود و درمانی یا تشخیمی) داشته اید؟ یا و خیران آن رادیوترایی و درود است ، توضیح دوید؟ □□ آگربلی شام تران آن روزه چند میلی گرم است : □ آگربلی شدی کردید؟□ آگربلی شدی کردید؟□ 	ا. أبا شما ده، ه قاعدگ منظم بین سنین ۴۰ -۱۸ سال داشته اید؟ بل □ خی □ تاجدهدی □
اگر بلی در چه سنی □ طول مدت □ ا الته شده اید؟ بلی □ خیر □ ا الته بالته شده اید؟ بلی □ خیر □ اگر بلی جه مدت است؟ اگر بلی جه مدت است که مبتلا هستید؟ □ ایا تخمیان المانی دهانه رحم □ سایرسوطان های سیستم تناسلی □ اگر بلی در چه سالی تکه مبتلا هستید؟ □ ایا تخمیان المانی دهانه رحم □ سایرسوطان های سیستم تناسلی □ اگر بلی در چه سالی الات که مبتلا هستید؟ □ ایا تخمیان ها نو برداشته شده اند؟ بلی □ خیر □ اگر بلی در چه سالی الات که مبتلا هستید؟ □ ایا تخمیان ها نو برداشته شده اند؟ بلی □ خیر □ اگر بلی در چه سالی الات که مبتلا هستید؟ □ ایا تخمیان ها نو بردان الات قبیل تستوسترون دارید یا قبیل داشته اید ؟ بلی □ خیر □ اگر بلی در چه سالی : □ □ جه مدت است دو در این و درمانی □ ایاز قبیل فررمونی جارحی □ دارودرمانی □ رادیوترایی □ شیمی درمانی □ سایر □ از قبیل مردون عردون است : □ □ در این شروع کردید؟ □ □ ایاز قبیل مردون از افغام کردید؟ □ □ جه زمانی آن روزانه چند میلی گرم است : □ □ در این شروع کردید ؟ □ □ جه زمانی آن در حال حاضر سایقه مصوف داروهای و تربایین □ المورکسی فن □ لوپراسید اینی توثین اکارمازیین □ این و توثین الایان الحرون المورکسی فن □ لوپراسید اینی توثین اکارمازیین □ بردی؟ جه زمانی آن را قبلع کردید؟ □ □ دربایل فلغ آن چه بوده است : □ □ دینیا چه مدت است که استفاده می کنید؟ □ چه زمانی شروع کردید ؟ □ □ به زمانی آن را قبلع کردید؟ □ دینی شروع کردید ؟ □ □ به زمانی آن را قبل کردید؟ □ دینی شروع کردید؟ □ دینی این از قبل فلوکیستین و … □ سایر □ اگر بلی نام چه زمانی آن را قبل کردید؟ □ دینی قبل می دادیلی (درمانی یا تشخیمی) داشته اید؟ بلی □ خیر □ این شاره کردید؟ □ دینی کردید؟ □ دینی درمانی یا تشخیمی کردید؟ □ خیر این از قبیل قبل مینی درمانی یا تشخیمی کردید؟ □ خیر این از آن قبل کردید؟ □ دینی کردید کردی کردید کردی کردید کردی کردید کردی کردی	
"" إيا شما يائسه شده ايد؟ بلي خبر "" كبر بچه مدت است؟ □□ "" إيا شما سايقه اي از إيتلا به سرطان زير را داشته ايد ؟ "" إيا شما سايقه اي از إيتلا به سرطان رخير □ " سرطان دهانه رخي □ " سايرسرطان هاى سيستي تناسلي □ " الرطان سين اه سرطان سين اه سرطان رخي و اسران رخي الله و خير □ الأولي به مدت است كه مبتلا هستيد؟ □□ "الريا شما تحت جراحي هيستركتومي قرار گرفته ايد؟ بلي □ خير □ الكر بلي در چه سالي ؟ □ □ ايا تخمدان ها نيز برداشته شده اند؟ بلي □ خير □ اگر بلي در چه سالي : □□ "ايا شما مشكلاتي از قبيل اختلال در نعوظ داريد يا قبلا داشته ايد ؟ بلي □ خير □ الكربلي در چه سني : □ □ چه مدت است : □ □ "ايا شما مسكلاتي از قبيل اختلال در نعوظ داريد يا قبلا داشته ايد ؟ بلي □ خير □ الكربلي در چه سني : □ □ چه مدت است : □ □ "ايا شما سايقه اي از ابتلا به سرطان پروستات داشته ايد ؟ بلي □ خير □ الكربلي در چه سالي □ □ چگونه درمان شديد؟ جراحي □ دارودرماني □ رادبوترايي □ شيمي درماني □ ساير □ ساير □ الكربلي در چه سالي □ □ چگونه درمان شديد؟ جراحي □ درودرماني □ رادبوترايي □ شيمي درماني □ ساير □ سير الي قبر درخيد داري خيد درخيد داري الله قبل كرديد؟ □ "ايا شما قبلا يا در حال حاضر سايقه مصرف داروهاي زير را داشته ايد ؟ اللي قبل كرديد؟ □ "ايا شما قبلا يا در حال حاضر سايقه مصرف داروهاي زير را داشته ايد ؟ اللي قبل كرديد؟ □ "ايا شما قبلا يا در حال حاضر سايقه مصرف داروهاي زير را داشته ايد ؟ اللي قبل كرديد؟ □ """ "ايا شما قبلا يا در حال حاضر سايقه مصرف داروهاي زيد سايرين □ داروهاي افسردگي از قبيل فلوكيستين و □ ساير □ اگر بلي نام ببريد ؟ ميزان آن روزانه چند دميلي گرم است : □ دقيل قبلع يا درت است كه استفاده مي كنيد؟ □ چه زماني شرع گرديد ؟ □ """ "ايا شما تكون رادبوترايي به هر دليلي (درماني يا تشخيمي) داشته ايد ؟ بلي قبل ان حجوده است ، توضيح دهيد ؟ □ """ "ايا شما تكون رادبوترايي به هر دليلي (درماني يا تشخيمي) داشته ايد ؟ بلي قبل قبل قبل قبل قبل قبلي قبل إلى الكور الهي يا تشخيمي كرد دايلي قبلع الي دوده است ، توضيح دهيد ؟ □	
اگر بلیچه مدت است؟ □ است؟ □ است اید است اید اسرطان سینه ای از ابتالا به سرطان زیر را داشته اید اسرطان سینه ای سیستم تناسلی اسرطان سینه ای سرطان تخمدان ای سرطان رحم ای سرطان دهانه رحم سایرسرطان های سیستم تناسلی اگریلی جه مدت است که عبئلا هستید؟ □ اگریلی در چه سالی □ آیا تخمدان ها نیز برداشته شده اند؟ یلی خیر اگریلی در چه سالی □ آیا تخمدان ها نیز برداشته شده اند؟ یلی خیر اگریلی در چه سالی □ آیا تخمدان ها نیز برداشته شده اند؟ یلی خیر اگریلی در چه سالی □ آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ یلی خیر □ اگریلی در چه سنی : □ اچه مدت است : □	، تو پیچی فار په سینی ۱ ۱ مون سات ۱۱
ایا شما سابقه ای از ایتلا به سرطان زیر را داشته اید ؟ سرطان سینه □، سرطان تخمدان□، سرطان رحم□، سرطان دهانه رحم □ ساپرسرطان های سیستم تناسلی □ اگریلی چه مدت است که مبتلا هستید؟ □□ اگریلی در چه سالی ؟□□ قسمت سوم : تاریخچه اختلالات هورمونی در مردان (این قسمت فقط توسط مردان پرشود) • آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ یلی□ خیر□ • آیا شما سابقه ای از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ یلی□ خیر□ • آیا شما سابقه ای از کمبود هورمون مردانه از قبیل تستوسترون دارید؟ یلی□ خیر□ • آیا شما سابقه ای از ایتلا به سرطان پروستات داشته اید ؟ یلی□ خیر□ • آیا شما سابقه ای از ایتلا به سرطان پروستات داشته اید ؟ یلی□ خیر□ • آیا شما سابقه ای از ایتلا به سرطان پروستات داشته اید ؟ یلی□ خیر□ • آیا شما سابقه ای از ایتلا به سرطان پروستات داشته اید ؟ یلی□ خیر□ • آیا شما سابقه می از ایتلا به سرطان پروستات داشته اید ؟ یلی□ خیر□ • قسمت چهارم : تاریخچه دارویی و درمانی • قسمت چهارم : تاریخچه داروی و درمانی • قسمت جهاره : تاریخچه داروی و درمانی • آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید ؟ یلی□ خیر□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید ؟ بردنیزولون □ ، استروژن □ داروهای استشاقی آسم□ کلسیم عمولتی و از وامای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ سابر□ اگر بلی نام بردد ؟ میزان آن روزانه چند میری گرم است : □ پردنیزولون □ ، استروژن □ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید ؟ بردد ؟ میزان آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید ؟ بردد ؟ بردا آنه آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید ؟ بردا آنه آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید ؟ بردا آنه آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید ؟ بردا آنه آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید ؟ بردا آنه آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید ؟ بردا آنه آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح داشت که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□	٣. اَيا شما يائسه شده ايد؟ بلي□ خير□
سرطان سینه سرطان تخمیان سرطان رحم . سرطان دهانه رحم سایرسرطان های سیستم تناسلی اگریلی چه مدت است که مبتلا هستید؟ اگریلی چه مدت است کو مبتلا هستید؟ قسمت سوم : تاریخچه اختلالات هورمونی در مردان (این قسمت فقط توسط مردان پرشود) قسمت سوم : تاریخچه اختلالات هورمونی در مردان (این قسمت فقط توسط مردان پرشود) آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ بلی خیر آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ بلی خیر آیا شما سابقه ای از کمبود هورمون مردانه از قبیل تستوسترون دارید؟ بلی خیر آیا شما سابقه ای از ایتلا به سرطان پروستات داشته اید ؟ بلی خیر آیا شما سابقه ای از ایتلا به سرطان پروستات داشته اید ؟ بلی خیر آیا شما سابقه ای از ایتلا به سرطان پروستات داشته اید ؟ بلی خیر آیا شما سابقه ای از ایتلا به سرطان پروستات داشته اید ؟ بلی خیر آیا از قرص های هورمونی جایگرین ((HRT) استفاده می کنید؟ بلی خیر آگر بلی نام ببرید ؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ چه زمانی شروع کردید ؟ ۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهای زیر را داشته اید ؟ بیز شما تونین و دروهای استنشاقی آسم کلسیم مولتی ویتامین ناموکسی فن لوپرامیدا فنی تونین کاربامازیین پردید ؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ چه زمانی شروع کردید ؟ چه زمانی آن را قطع کردید؟ دلیل قطع آن چه بوده است : دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ چه زمانی شروع کردید ؟	اگر بلی ،چه مدت است؟ □□
اگربلی چه مدت است که مبتلا هستید؟ □ اگربلی در چه سالی ؟ □ آیا تخمدان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی □ خیر □ اگر بلی در چه سالی ؟ □ آیا تخمدان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی □ خیر □ اگر بلی در چه سالی : □ □ اگربلی در چه سنی : □ آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ بلی □ خیر □ اگربلی در چه سنی : □ آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ بلی □ خیر □ اگربلی در چه سنی : □ آیا شما سابقه ای از کمبود هورمون مردانه از قبیل تستوسترون دارید؟ بلی □ خیر □ اگربلی در چه سالی □ آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی □ خیر □ اگربلی در چه سالی □ چگونه درمان شدید؟ جراحی □ دارودرمانی □ رادیوتراپی □ شیمی درمانی □ سابر □ اگربلی در چه سالی □ چگونه درمان شدید؟ جراحی □ دارودرمانی □ رادیوتراپی □ شیمی درمانی □ سابر □ اگربلی در چه سالی □ چگونه درمان شدید؟ جراحی □ دارودرمانی □ درودرمانی □ درودرانی □ شیمی درمانی □ سابر □ اگربلی نام ببرید؟ میزان آن را قطع کردید؟ □ □ چه زمانی آن را قطع کردید؟ □ □ ۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ سابر □ اگربلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ □ چه زمانی شروع کردید ؟ □ □ چه زمانی آن را قطع کردید؟ □ دلیل قطع آن چه بوده است ، تضیح دهید؟ ۲. آیا شما تاکنون رادیوترایی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ به خیر ا	۴.آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان زیر را داشته اید ؟
اگربلی چه مدت است که مبتلا هستید؟ □ اگربلی در چه سالی ؟ □ آیا تخمدان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی □ خیر □ اگر بلی در چه سالی ؟ □ آیا تخمدان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی □ خیر □ اگر بلی در چه سالی : □ □ اگربلی در چه سنی : □ آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ بلی □ خیر □ اگربلی در چه سنی : □ آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ بلی □ خیر □ اگربلی در چه سنی : □ آیا شما سابقه ای از کمبود هورمون مردانه از قبیل تستوسترون دارید؟ بلی □ خیر □ اگربلی در چه سالی □ آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی □ خیر □ اگربلی در چه سالی □ چگونه درمان شدید؟ جراحی □ دارودرمانی □ رادیوتراپی □ شیمی درمانی □ سابر □ اگربلی در چه سالی □ چگونه درمان شدید؟ جراحی □ دارودرمانی □ رادیوتراپی □ شیمی درمانی □ سابر □ اگربلی در چه سالی □ چگونه درمان شدید؟ جراحی □ دارودرمانی □ درودرمانی □ درودرانی □ شیمی درمانی □ سابر □ اگربلی نام ببرید؟ میزان آن را قطع کردید؟ □ □ چه زمانی آن را قطع کردید؟ □ □ ۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ سابر □ اگربلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ □ چه زمانی شروع کردید ؟ □ □ چه زمانی آن را قطع کردید؟ □ دلیل قطع آن چه بوده است ، تضیح دهید؟ ۲. آیا شما تاکنون رادیوترایی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ به خیر ا	سرطان سینه □، سرطان تخمدان□، سرطان رحم□ ، سرطان دهانه رحم □ سایرسرطان های سیستم تناسلی □
ای ای شما تحت جراحی هیسترکتومی قرار گرفته اید؟ بلی اخیر الاین شده اند؟ بلی اخیر اگر بلی در چه سالی ؟ الی انتخمدان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی الاین در چه سالی یا اینخچه اختلالات هورمونی در مردان(این قسمت فقط توسط مردان پرشود) • آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ بلی الاین الاین در چه سنی : الین اختلال در نعوظ دارید یا قبلا تستوسترون دارید؟ بلی الاین خیر الاین مرحجه سنی : الین الاین مردانه از قبیل تستوسترون دارید؟ بلی الاین خیر الاین الاین الاین الاین الاین الاین الاین پروستات داشته اید؟ بلی الاین خیر الاین الاین در چه سالی الاین الاین الاین پروستات داشته اید؟ بلی الاین الاین الاین الاین الاین الاین مردانی الاین الاین مردانی الاین الای	
اگر بلی در چه سالی ؟□ آیا تخمدان ها نیز برداشته شده اند؟ بلی خیر اگر بلی در چه سالی : □ • قسمت سوم : تاریخچه اختلالات هورمونی در مردان (این قسمت فقط توسط مردان پرشود) • آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ بلی خیر • آیا شما سابقه ای از کمبود هورمون مردانه از قبیل تستوسترون دارید؟ بلی خیر اگربلی در چه سنی : □ چه مدت است : □ • آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی خیر اگربلی در چه سالی □ چگونه درمان شدید؟ جراحی دارودرمانی رادیوترایی شیمی درمانی سایر اگربلی در چه سالی □ چگونه درمان شدید؟ جراحی دارودرمانی رادیوترایی شیمی درمانی سایر • قسمت چهارم : تاریخچه دارونی و درمانی درمانی درمانی درمانی شروع کردید ؟ اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ ۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ بردیزولون استروژن داروهای استنشاقی آسم کلسیم مولتی ویتامین تاموکسی فن لوپرامید فنی توثین کاربامازیین فنوبربیتال والپرات سدیم ولوتیروکسین متی مازول انوکساپارین هیارین داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و سایر اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ چه زمانی آن روزانه چند میلی گرم است : □ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ چه زمانی آن روزانه چند میلی گرم است : □ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ چه زمانی شروع کردید ؟ په درمانی آن را قطع کردید؟ داروهای آندون رادیوترایی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی خیر	· -
قسمت سوم: تاریخچه اختلالات هورمونی در مردان(این قسمت فقط توسط مردان پرشود) آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ بلی ا خیر ا اگریلی در چه سنی: است: است: است: است: است: است: است: است	
	G
اگربلی در چه سنی : □ □چه مدت است : □ □ • آیا شما سابقه ای از کمبود هورمون مردانه از قبیل تستوسترون دارید؟ بلی □ خیر □ • آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی □ خیر □ • آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی □ خیر □ • آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی □ خیر □ • قسمت چهارم : تاریخچه دارویی و درمانی □ ۱. آیا از قرص های هورمونی جایگرین ((HRT) استفاده می کنید؟ بلی □ خیر □ ۱. آیا از قرص های هورمونی جایگرین ((HRT) استفاده می کنید؟ بلی □ خیر □ ۱. آیا از قرص های هورمونی جایگرین ((HRT) استفاده می کنید؟ بلی □ خیر □ ۱. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی ویتامین □ تاموکسی فن □ لوپرامید □ فنی توئین □ کاربامازیین □ ۱. آیا شما تاکنون رادوهای استنشاقی آسم □ کلسیم □ مولتی ویتامین □ تاموکسی فن □ لوپرامید □ فنی توئین □ کاربامازیین □ ۱. آیا شما تاکنون رادوهای استنشاقی آسم □ کلسیم □ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ □ چه زمانی شروع کردید ؟ □ ۱. آیا شما تاکنون رادیوترایی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر □ ۱. آیا شما تاکنون رادیوترایی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر □	● قسمت سوم : تاریخچه اختلالات هورمونی در مردان(این قسمت فقط توسط مردان پرشود)
اگربلی در چه سنی : □ □چه مدت است : □ □ • آیا شما سابقه ای از کمبود هورمون مردانه از قبیل تستوسترون دارید؟ بلی □ خیر □ • آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی □ خیر □ • آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی □ خیر □ • آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی □ خیر □ • قسمت چهارم : تاریخچه دارویی و درمانی □ ۱. آیا از قرص های هورمونی جایگرین ((HRT) استفاده می کنید؟ بلی □ خیر □ ۱. آیا از قرص های هورمونی جایگرین ((HRT) استفاده می کنید؟ بلی □ خیر □ ۱. آیا از قرص های هورمونی جایگرین ((HRT) استفاده می کنید؟ بلی □ خیر □ ۱. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۱. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی ویتامین □ تاموکسی فن □ لوپرامید □ فنی توئین □ کاربامازیین □ ۱. آیا شما تاکنون رادوهای استنشاقی آسم □ کلسیم □ مولتی ویتامین □ تاموکسی فن □ لوپرامید □ فنی توئین □ کاربامازیین □ ۱. آیا شما تاکنون رادوهای استنشاقی آسم □ کلسیم □ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ □ چه زمانی شروع کردید ؟ □ ۱. آیا شما تاکنون رادیوترایی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر □ ۱. آیا شما تاکنون رادیوترایی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر □	● آیا شما مشکلاتی از قبیل اختلال در نعوظ دارید یا قبلا داشته اید ؟ بلی □ خیر □
اگربلی در چه سنی : □ تچه مدت است : □□ • آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی□ خیر□ اگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ دارودرمانی□ رادیوتراپی□ شیمی درمانی□ سایر□ • قسمت چهارم : تاریخچه دارویی و درمانی ۱. آیا از قرص های هورمونی جایگرین (HRT) ستفاده می کنید؟ بلی□ خیر□ اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ ۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ پردنیزولون□ ، استروژن □ داروهای استنشاقی آسم□ کلسیم □ مولتی ویتامین □ تاموکسی فن□ لوپرامید□ فنی توئین□ کاربامازپین□ فنوباربیتال□ والپرات سدیم □ لووتیروکسین□ متی مازول□ انوکساپارین□ هپارین□ داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ سایر□ اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ ۳. آیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر□	
آیا شما سابقه ای از ابتلا به سرطان پروستات داشته اید؟ بلی خیر الگربلی در چه سالی ای چگونه درمان شدید؟ جراحی ادارودرمانی اردیوتراپی شیمی درمانی سایر الگربلی در چه سالی ای چگونه درمان شدید؟ جراحی ادارودرمانی اداریوتراپی شیمی درمانی ایر خچه دارویی و درمانی الگربلی نام ببرید؟ ۱ آیا از قرص های هورمونی جایگرین (HRT) استفاده می کنید؟ بلی خیر ااگر بلی نام ببرید؟ ۱ آیا از قرص های هورمونی جایگرین گرم است : ای دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ ای چه زمانی شروع کردید ؟ ۱ آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ ۲ آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ پردنیزولون ای استروژن اداروهای استنشاقی آسم کلسیم امولتی ویتامین اتاموکسی فن الوپرامید فنی توئین کاربامازپین ونوباربیتال والپرات سدیم الووتیروکسین متی مازول انوکساپارین هپارین داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و سایر اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : ای دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ چه زمانی شروع کردید ؟ ای جه زمانی آن را قطع کردید؟ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ پردنیزولون آن را قطع کردید؟ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟	
اگربلی در چه سالی □□ چگونه درمان شدید؟ جراحی□ دارودرمانی□ رادیوتراپی□ شیمی درمانی□ سایر□ 1. آیا از قرص های هورمونی جایگرین ((HRT) استفاده می کنید؟ بلی□ خیر□ اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ 7. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ پردنیزولون□ ، استروژن □ داروهای استنشاقی آسم□ کلسیم □ مولتی ویتامین □ تاموکسی فن□ لوپرامید□ فنی توئین□ کاربامازپین□ فنوباربیتال □ والپرات سدیم □ لووتیروکسین□ متی مازول□ انوکسالپارین□ داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ سایر□ اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ 7. آیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر□	
قسمت چهارم: تاریخچه دارویی و درمانی	-
ال آیا از قرص های هورمونی جایگرین ((HRT) استفاده می کنید؟ بلی ا خیر ا اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید؟□□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ **T.** **T.** **T.* **	
اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ **Y. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ پردنیزولون□، استروژن □ داروهای استنشاقی آسم□ کلسیم □ مولتی ویتامین □ تاموکسی فن□ لوپرامید□ فنی توئین□ کاربامازپین□ فنوباربیتال□ والپرات سدیم □ لووتیروکسین□ متی مازول□ انوکساپارین□ هپارین□ داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ سایر□ اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ **T. آیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر□	● قسمت چهارم : تاریخچه دارویی و درمانی
اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ **Y. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ پردنیزولون□، استروژن □ داروهای استنشاقی آسم□ کلسیم □ مولتی ویتامین □ تاموکسی فن□ لوپرامید□ فنی توئین□ کاربامازپین□ فنوباربیتال□ والپرات سدیم □ لووتیروکسین□ متی مازول□ انوکساپارین□ هپارین□ داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ سایر□ اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ **T. آیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر□	۱. اَیا از قرص های هورمونی جایگرین ٔ (HRT)استفاده می کنید؟ بلی□ خیر□
دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ 7. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ پردنیزولون□ ، استروژن □ داروهای استنشاقی آسم□ کلسیم □ مولتی ویتامین □ تاموکسی فن□ لوپرامید□ فنی توئین□ کاربامازپین□ فنوباربیتال□ والپرات سدیم □ لووتیروکسین□ متی مازول□ انوکساپارین□ هپارین□ داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و… □ سایر□ اگر بلی نام ببرید؟ ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ 7. آیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر□	
 ۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟ پردنیزولون□، استروژن □ داروهای استنشاقی آسم□ کلسیم □ مولتی ویتامین □ تاموکسی فن□ لوپرامید□ فنی توثین□ کاربامازپین□ فنوباربیتا□ وانپرات سدیم □ لووتیروکسین□ متی مازول□ انوکساپارین□ هپارین□ داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ سایر□ اگر بلی نام ببرید؟ □ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ ۳. آیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر□ 	
پردنیزولون□، استروژن □ داروهای استنشاقی آسم□ کلسیم □ مولتی ویتامین □ تاموکسی فن□ لوپرامید□ فنی توئین□ کاربامازپین□ فنوباربیتا□ والپرات سدیم □ لووتیروکسین□ متی مازول□ انوکساپارین□ هپارین□ داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ سایر□ اگر بلی نام ببرید؟ □ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ ***********************************	کلیل طبع ان چه بوده است . توسیع دسید.
فنوباربیتال □ والپرات سدیم □ لووتیروکسین □ متی مازول □ انوکساپارین □ هپارین □ داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و… □ سایر □ اگر بلی نام ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □ □ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟ □ □ چه زمانی شروع کردید ؟ □ □ چه زمانی آن را قطع کردید؟ □ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ ۳. آیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر □	۲. آیا شما قبلا یا در حال حاضر سابقه مصرف داروهایی زیر را داشته اید؟
ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□ چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ ٣٠. آیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر□	پردنیزولون□ ، استروژن □ داروهای استنشاقی اَسم□ کلسیم □ مولتی ویتامین □ تاموکسی فن□ لوپرامید□ فنی توئین□ کاربامازپین□
چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ ۳. آیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر□	فنوباربیتال □ والپرات سدیم □ لووتیروکسین □ متی مازول □ انوکساپارین □ هپارین □ داروهای افسردگی از قبیل فلوکیستین و □ سایر □ اگر بلی نام
چه زمانی آن را قطع کردید؟□□ دلیل قطع آن چه بوده است ، توضیح دهید؟ ۳. آیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر□	. ببرید؟ میزان آن روزانه چند میلی گرم است : □□ دقیقا چه مدت است که استفاده می کنید؟□□ چه زمانی شروع کردید ؟ □□
٣. اَیا شما تاکنون رادیوتراپی به هر دلیلی (درمانی یا تشخیصی) داشته اید؟ بلی □ خیر□	
v	اگر بلی به چه دلیلی است ،توضیح دهید؟ چه مدت است ؟ □□

 $^{^{1}}$) Hormone Replacement Therapy

مجله پزشکی ارومیه

● قسمت پنجم : روش زندگی
۱. آیا شما سیگار می کشید؟ بلی □ خیر□
اگر بلی چند تا در روز: □□
۲. آیا شما نوشیدنی های زیر را بیشتر از ۴ لیوان در روز مصرف می کنید؟ بلی $$
چای□ قهوه□ نسکافه□ سایر □ اگر بلی نام ببرید؟ -
۳. آیا در روز ۴ فنجان(۶۰۰گرم) سبزیجات که حداقل یک لیوان آن سبزیجات سبز برگدار تازه باشند مصرف می کنید؟ بلی □ خبر □
حیر — ۴. آیا روزانه محصولات و مواد لبنی حاوی کلسیم مصرف می کنید ؟ بلی □ خیر □ اگربلی کدامیک را مصرف می کنید ؟ شیر
ت ازورت به سرت و توت بینی سوی هستین سرت کی سید بینی سید؟ □□ □ پنیر□ ماست اسایر از هر کدام روزانه چه مقدار مصرف می کنید؟ □□
۵. آیا جوش شیرین به غذا اضافه می کنید؟ بلی □ خیر□
• " یا جوس سیرین به عما مصاف هی صید؛ بنی تا صحیرت ۶. آیا غذاهای حاوی فسفات مانند نوشابه های گازدار استفاده می کنید؟ بلی □ خیر□
۷. أيا شما برنامه ورزشي منظم داريد؟ بلي □ خير□
۸. در صورت داشتن برنامه ورزشی منظم،کدامیک از فعالیتهای بدنی زیر را به طور منظم انجام می دهید؟
پیاده روی □ شنا□ حضور در باشگاه های بدنسازی □سایر ورزش ها□ ∶نام ببرید؟
۹ میزان دفعات برنامه ورزشی در هفته:
هرروز □ کمتر از دوباردرهفته □ ۳-۵باردرهفته □ سایر □توضیح دهید؟
$oldsymbol{,}$ آیا روزانه در معرض نورخورشید هستید؟ بلی $ op$ خیر
اگربلی هر چند وقت یکبار؟ به چه مدت؟
آیا رژیم غذایی حاوی پروتئین های حیوانی از قبیل گوشت قرمز مصرف می کنید؟ بلی □ خیر□
• قسمت ششم : سابقه شکستگی و افتادن
 آیا تا به حال دچار شکستگی استخوان زیرشده اید؟
ستون فقرات□ دنده □ استخوان هيپ□ ساير□ اگر ساير كدام استخوان نام ببريد ؟
سون عرف الله : □□
. حربعی در پد سعی
۱. آیا در خانواده سابقه پوکی استخوان وجود دارد؟ بلی □ خیر□
اگر بلی چه کسی مبتلا است؟ مادر □ پدر □ خواهر □ برادر □ سایر□
. ٢ . آيا تا كنون سابقه كمردرد داشته ايد؟ بلي □ خير□
". آیا در یک سال اخیر کاهش قد در حدود ۱ اینچ(۲/۵ سانت) داشته اید؟ بلی □ خیر□
۳. آیا قسمت بالایی پشت شما انحنای قابل ملاحظه داشته اید که قبلا آشکار نبوده است؟ بلی □ خیر□
اگربلی چه زمانی بوده است؟□ □ چه مدت طول کشید تا درمان شود؟□□ اگربلی چه زمانی بوده است؟□ □ چه مدت طول کشید تا درمان شود؟□□
. خربعی به رستی بود: سند : هید ؟ چگونه درمان شدید ،توضیح دهید ؟
چوب عربین سینه موسیع عمیه . ۶. آیا مجبور هستید برای ایستادن روی بازو ها یا دست ها تحمل وزن کرده و آن ها را برای کمک بر روی صندلی فشار
ر. ایا مجبور هستید برای ایستان روی بارو ها یا ناست ها تحمل ورن تران ها را برای عمت بر روی هندای نسر دهید؟ بلی □ خیر□
۷. آیا شما سابقه مشکلاتی از قبیل درد در دندان ها یا فک داشته اید؟ بلی □ خیر□
اگربلی چه زمانی بوده است؟□ □ چه مدت طول کشید تا درمان شود؟□□
۸. آیا شما سابقه مشکلاتی از قبیل عفونت در دندان ها یا فک داشته اید؟ بلی □ خیر□
اگربلی چه زمانی بوده است؟□ □ چه مدت طول کشید تا درمان شود؟□□
● قسمت هشتم: تست های تشخیصی در یک سال اخیر
۱. آیا اخیرا بررسی سنجش تراکم استخوان داشته اید؟ بلی خیر
اگر بلی در چه زمانی بوده است؟ □□
اگر بلی در چه زمانی بوده است؟ □□ ۲. آیا شما عکس ساده ، سی تی اسکن یا MRI از ستون فقرات دارید؟ بلی □ خیر□
۔
۔ ۲. آیا شما عکس سادہ ، سی تی اسکن یا MRI از ستون فقرات دارید؟ بلی □ خیر□ اگر بلی در چه زمانی بودہ است؟ بلی □ خیر□

از این فرم و بررسی دقیق عوامل خطرزا می توان افراد در معرض خطر را شناسایی کرده و افراد را ارزیابی و تحت آزمونهای تشخیصی از قبیل سنجش تراکم استخوان و ارزیابی آزمایشگاهی برای تایید تشخیص ارجاع داده و میزان هزینهها جهت درمان بیماری، بستری شدن افراد در اثر عارضه آن یعنی شکستگی کاهش داد و در نهایت سلامت جامعه را ارتقاء بخشید.

References:

- Whitehead D, Keast J, Montgomery V, Hyman S. A preventive health education for osteoporosis. J Adv Nurs 2004; 47(1): 15-24.
- World Health Organization .WHO calls for strong on health promotion for women.
 Geneva; The Institute; 2002. [cited 2013 May 13]; Available from URL: http://www.Who.int/media centre/ news/notes/noteoz/en/.
- National Osteoporosis Foundation (NOF).
 Physician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. Washington. DC:
 The Institute; 2002 [cited 2013 May 13];
 Available from URL: http://www.Nof.org.
- Hernandez-Ruda R, Martinez-Garcia S.
 Osteoporosis-related life habits and knowledge about osteoporosis among women in El-Salvador: a cross-sectional study. BMC Musculoskelet Disord 2004; 5: 29.
- Tussing L, Champan-Novakofski K.
 Osteoporosis prevention education; behavior theories and calcium intake. J Am Diet Assoc 2005; 105(1): 92-7.
- Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Org 2003; 81(9): 650-2.
- World Health Organization. Osteoporosis surveillance for Vermont information, contact Kathy Backes at the New England

نتيجه گيري

"بررسیها نشان داد که با استفاده از فرم طراحی شده ایررسی علل بروز پوکی استخوان میتوان ثبت و گزارش دهی کاملی از شرایط افراد جامعه ایرانی در مورد پوکی استخوان بدست آورد . بکارگیری این فرم جهت تمام افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و سنجش تراکم استخوان، مدارس، دانشگاهها و در نهایت کل جامعه توصیه میشود. با استفاده

- Dairy and Food council [serial online] 2011 [cited 2013 May 13]; Available from URL: www.nof.org.
- 8. Cheng S, Lyytikainen A, Kroger H, Lamberg-Allardt C, Alen M, Koistinen A, et al. Effect of calcium dairy product and vitamin D supplementation on bone mass accrual and body composition in 10-12 y old girls: randomized clinical trials. Am J Clin Nutr 2005; 82 (5): 1115-26.
- Huth PJ, Dirienzo DB, Miller GD. Major scientific advances with dairy foods in nutrition and Health. Dairy Sci 2006; 89: 1207-21.
- Pajouhi M, Komeilian Z, Sedaghat M, Jalili R, Soltani A, Larijani B. Effect of education by booklet on knowledge and practice of osteoporotic patients. Payesh J 2003; 3(1):67-74. (Persian)
- 11. 12- Jamshidian-Tehrani M, Kalantari N, Azadbakht L, Rajaei A, Houshyar-rad A, Kamali Z. Evaluation of osteoporosis prevalence in women aged 40-60 years of Tehran city. Iran J Endocrinol Metab 2003; 5(4):271-6.
- Black JM, Hokanson HJ, Knee AM. Medical surgical nursing. 6th Ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2001. P. 566-72.
- Ribeiro V, Blakely JA. Evaluation of an osteoporosis workshop for women. Public Health Nurs 2001;3(2):183-93.

مجله پزشکی ارومیه دوره ۲۴، شماره ۲۳، خرداد ۱۳۹۲

DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC EVALUATION OF "ASSESSMENT FORM OF OSTEOPOROSIS"

Pazokian M¹, Yaghmaie F²

Received: 14 Feb, 2013; Accepted: 22 March, 2013

Abstract

Background & Aims: Osteoporosis and the related fractures due to discomfort, disability, decreased quality of life and death are major health problems in the world. According to the importance of recording and reporting osteoporosis, the aim of this study was development and psychometric evaluation of an "Assessment Form of Osteoporosis".

Materials & Methods: This study is a systematic review of the literature review, Internet search and library studies on osteoporosis assessment form with the key word "Form", "Osteoporosis", "Incidence" and "Investigation" began between the years 1997-2008. In this searching, we obtained 2 forms and 3 questionnaires in this field and performed analyses and developed "Assessment Form of Osteoporosis". For validity of the form, researchers used content validity and consulted with experts in this field (5 nurse specialists, 2 orthopedic specialists in Bone Marrow Densitometry Center, 3 physiotherapists) about osteoporosis, its causes, the complications of the disease. After gaining enough knowledge and experience, their comments were reviewed and applied carefully.

Results: In this study "Assessment Form of Osteoporosis" developed and evaluated validity. Benefits of the form is as follows: in many forms there was not any question related to hormonal history in men or did not pay attention to the risk factors for osteoporosis in men, whereas the previous studies showed that hormonal disorder such as testosterone deficiency and prostate cancer can increase the risk for osteoporosis. So in this form, questions were designed in domains that assess individuals perfectly. The new form is applicable for all patients referring to health centers and bone marrow densitometry, schools, universities, and ultimately the whole community has the performance capabilities.

Conclusion: "Assessment Form of Osteoporosis" is a comprehensive form and its data can identify the disease osteoporosis and the fractures. The data can prevent worsening of the disease.

Keywords: Development, Psychometric evaluation, Assessment Form of Osteoporosis

Address: School of Nursing and Midwifery, Associate Professor of Shahid Behesthi University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Tel: 09121579624

Email: farideh y2002@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013: 24(3): 183 ISSN: 1027-3727

-

¹ PhD Student, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² PhD in Public Health, School of Nursing and Midwifery, Associate Professor of Shahid Behesthi University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)