

PROPOSED WHO- I LAR- COPCORD – QUESTIONNAIRE 2006
STAGE –I- PHASE – II

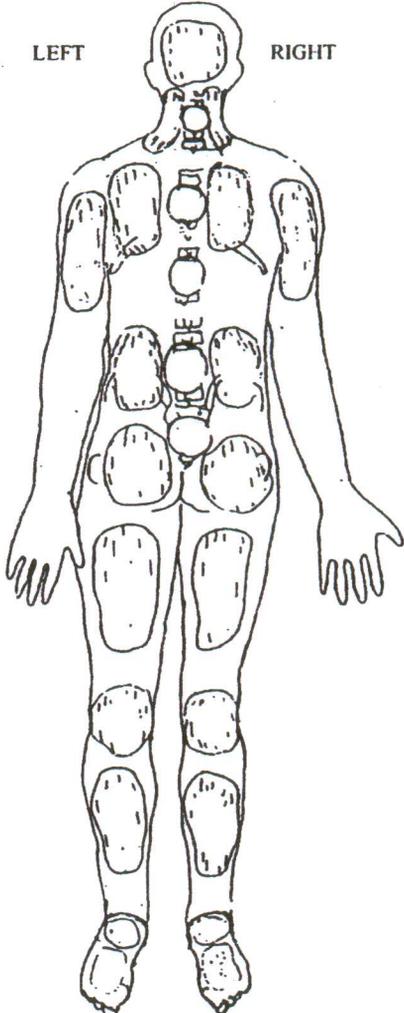
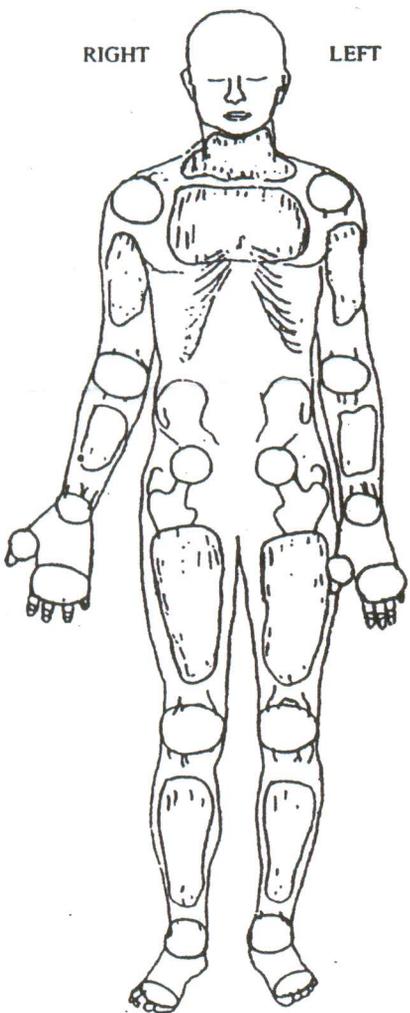
गांव/कस्बा/केन्द्र आईडी नं. क्रमांक नं.
दिनांक अंतिम नाम नाम बीच का नाम.....

Section A

जोड़ों के दर्द, मांसपेशियों में दर्द, सूजन, जकड़न

A (1) क्या पिछले सात दिनों में आपको कोई जोड़ दर्द, मांस पेशियों में दर्द, सूजन, जोड़ों में जकड़न हुई

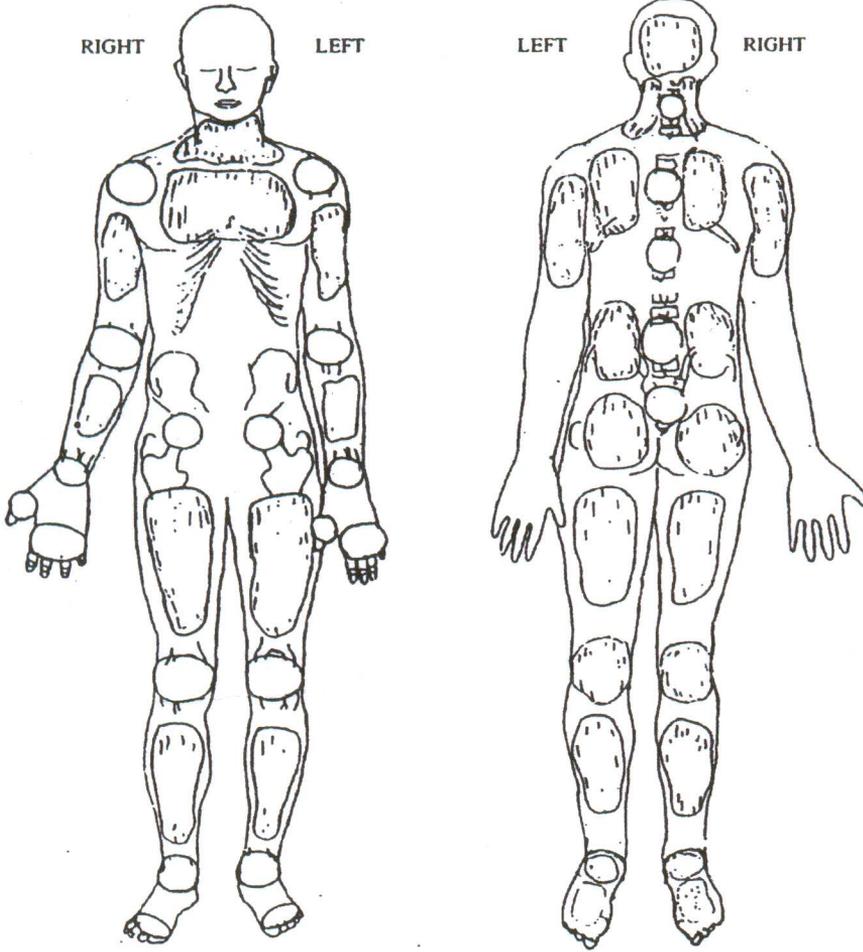
नहीं हाँ, किस जगह दर्द हुआ निशान बनायें (✓) अगर सूजन था तो 'सूज'✓ के आगे लिखें



अभी सबसे ज्यादा दर्द कहाँ हुआ
अभी जकड़न कहाँ हुई
अभी गति अवरोध कहाँ हुआ

क्या आपको जोड़ों का दर्द, मांसपेशियों में दर्द, सूजन व जोड़ों में जकड़न सात दिनों से पहले हुआ

नहीं हाँ, अगर हाँ तो नीचे लिखे फोटो में दर्द कहाँ हुआ (✓) करें अगर सूजन था तो ✓ के आगे 'सूज' लिखें



आपको भूतपूर्व में जोड़ों का दर्द कब हुआ

भुतपूर्व में जकड़न कहाँ हुआ

भुतपूर्व में गतिअवरोध कहाँ हुआ

(a) सबसे पहले दर्द कहाँ हुआ ?

(b) अगर भुतपूर्व में दर्द हुआ, तो वो कितने समय रहा

(c) अगर भुतपूर्व में दर्द हुआ तो कब से दर्द नहीं है

(d) अगर दर्द बार बार होता है तो यह कब तक रहता है

कुछ दिन 4-6 हफ्ते 6-12 हफ्ते दोन महीनों से ज्यादा

A₃ दर्द की तीव्रता

भुतपूर्व :- दर्द नहीं, हल्का थोड़ा ज्यादा, ज्यादा, बहुत ज्यादा वर्तमान

(पिछले सात दिनों में):- दर्द नहीं, हल्का, थोड़ा ज्यादा, ज्यादा, बहुत ज्यादा वर्तमान,

Section B (Optional)

B₁ क्या दर्द का आपको जीवन पर असर पड़ा ?

	बिल्कुल नहीं	हल्का	थोड़ा ज्यादा	बहुत ज्यादा
परिवार में सम्बंध				
समाज में सम्बंध				
वैवचाहिक सम्बंध (सैक्स संबधी भी)				
आर्थिक स्थिति				
व्यवसाय				
काम करने की क्षमता				
स्कूल/कॉलेज जाने पर				
हॉबी (आदत)				
खेल				
अन्य				

B₂ (a) क्या आपने दर्द के कारण काम करना बंद किया / क्पेंइपसपजल

नहीं हाँ, बताओ क्यों ?

(b) क्या आपने काम बदला

नहीं हाँ बतायें क्यों ?

अगर हाँ तो क्या यह मांस पेशियों व हड्डी जोड़ की बीमारी के कारण है

रिमार्क – (नींद पर प्रभाव आदि)

Section C :- विशिष्ट कार्य करने में कठिनता

स्वास्थ्य जांच पत्रावली बीकानेर रुपान्तरित

स्वयं भरा इन्टरव्यू लिया

नाम उम्र लिंग.....

दिनांक (हम यह जानना चाहते हैं कि तुम्हारी बीमारी तुम्हारी दिनचर्या पर कैसे असर करती है। कृपया इस पृष्ठ के पीछे अपनी स्वतंत्र राय लिखें। कृपया पिछले एक सप्ताह में अपनी क्षमता के बारे में बतायें।)

क्या आप कर सकते हैं ?	बिना किसी परेशानी के	कुछ परेशानी से	बहुत ज्यादा परेशानी से	NA लागू नहीं	असमर्थ	SCORE
(A) ड्रेसिंग						
(1) क्या तुम स्वयं तैयार हो जाते हो, शर्ट/कुर्ता /ब्लाउज के बटन स्वयं लगा लेते हैं।	<input type="checkbox"/>					
(2) स्वयं अपने बाल (केश) धो लेते हो	<input type="checkbox"/>					
(3) स्वयं बालों में कंघी कर लेते हो	<input type="checkbox"/>					
(B) उठना						
(1) कुर्सी पर से सीधे स्वयं खड़े हो जाते हो।	<input type="checkbox"/>					
(2) स्वयं बिस्तर पर सोकर अपने आप उठ जाते हो।	<input type="checkbox"/>					
(3) फर्श पर पालथी मार कर बैठ जाते हो व वापस उठ जाते हो।	<input type="checkbox"/>					
(C) खाना						
(1) स्वयं सब्जी काट लेते हो।	<input type="checkbox"/>					
(2) कप/ग्लास से चाय/पानी पी सकते हो।	<input type="checkbox"/>					
(3) एक हाथ से चपाती के टुकड़े कर लेते हो।	<input type="checkbox"/>					

क्या आप कर सकते हैं ?	बिना किसी परेशानी के	कुछ परेशानी से	बहुत ज्यादा परेशानी से	NA लागू नहीं	असमर्थ	SCORE
(D) चलना फिरना						
(1) सममतल मैदान पर चल लेते हो।	<input type="checkbox"/>					
(2) पांच सीढ़ीय चढ़ सकते हो।	<input type="checkbox"/>					
(E) स्वच्छता						
(1) नहा सकते हो।	<input type="checkbox"/>					
(2) शरीर को धो/ सुखा सकते हो।	<input type="checkbox"/>					
(3) शौचालय आ - जा सकते हो।	<input type="checkbox"/>					
(a) भारतीय (b) पश्चिमी (c) खुला मैदान आसानी से बैठ सकते हो। सहारे से बैठ सकते हो। खड़े रहते हो। सहारे से खड़े होते हो।	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
(F) पहुंचना (ऊपर-नीचे होना)						
(1) नीचे झुककर 2 किलो का वनज (जैसे चीनी भरा थैला) उठाकर सिर पर रख लेते हो।	<input type="checkbox"/>					
(2) नीचे झुककर फर्श पर से कपड़े उठा लेते हो।	<input type="checkbox"/>					
(G) मुट्ठी की क्षमता						
(1) पहले से खुली बोतल को खोल लेते हो।	<input type="checkbox"/>					
(2) नल (टुंटी) खोल लेते व बन्द कर लेते हो।	<input type="checkbox"/>					
(3) दरवाजे की चिटकनी लगा लेते हो।	<input type="checkbox"/>					
(H) कार्य-प्रणाली						
(1) ऑफिस/घर में काम कर लेते हो।	<input type="checkbox"/>					
(2) बस में चढ़ कर अन्दर /बाहर हो सकते हो।	<input type="checkbox"/>					
(3) कार/ऑटो रिक्शा में अन्दर बाहर आ सकते हो।	<input type="checkbox"/>					

कृपया ये बताये कि उपरोक्त कार्यों के लिए कोई सहारा काम में लेते हो :-

- (1) लाठी (2)वाकर (3) व्हील चेयर (4) विशिष्ट चेयर
(5) ऊपर उठी शौचालय की सीट

किन चीजों के लिए आप किसी दूसरे की सहायता लेते हो?

- (1) तैयार होना (2) खाना बनाना/खाना
(3) उठना – फिरना (4) चलना
(5) स्वच्छता (6) ऊपर नीचे होना
(7) मुठी से काम होना

Section -D :-

D₁ आपने अब तक क्या उपचार करवाया

- ऐलोपैथी हरबल
 फिजियोथेरेपी योगा
 होमियोपैथी मेडीटेशन
 मसाज मालूम नहीं
 अन्य

D₂ अन्य कोई जानकारी रोगी से निजी

.....

आपके सहयोग के लिये धन्यवाद

हेल्थवर्कर का नाम

समयदिनांक