

CENTER FOR RHEUMATIC DISEASES, PUNE

THE BONE AND JOINT DECADE 2000-2010

POPULATION BASED MULTIREGIONAL URBAN SURVEY (2003 - 2004) FOR RHEUMATIC AND OTHER
MUSCULOSKELETAL DISORDERS BASED ON THE WHO - ILAR COPCORD BHIGWAN MODEL**दुसरा टप्पा - विभाग ब**

वॉर्ड क्र. _____ आय.डी.क्र. _____ दिनांक _____

आडनाव _____ नाव _____ पित्याचे /पतीचे नाव _____

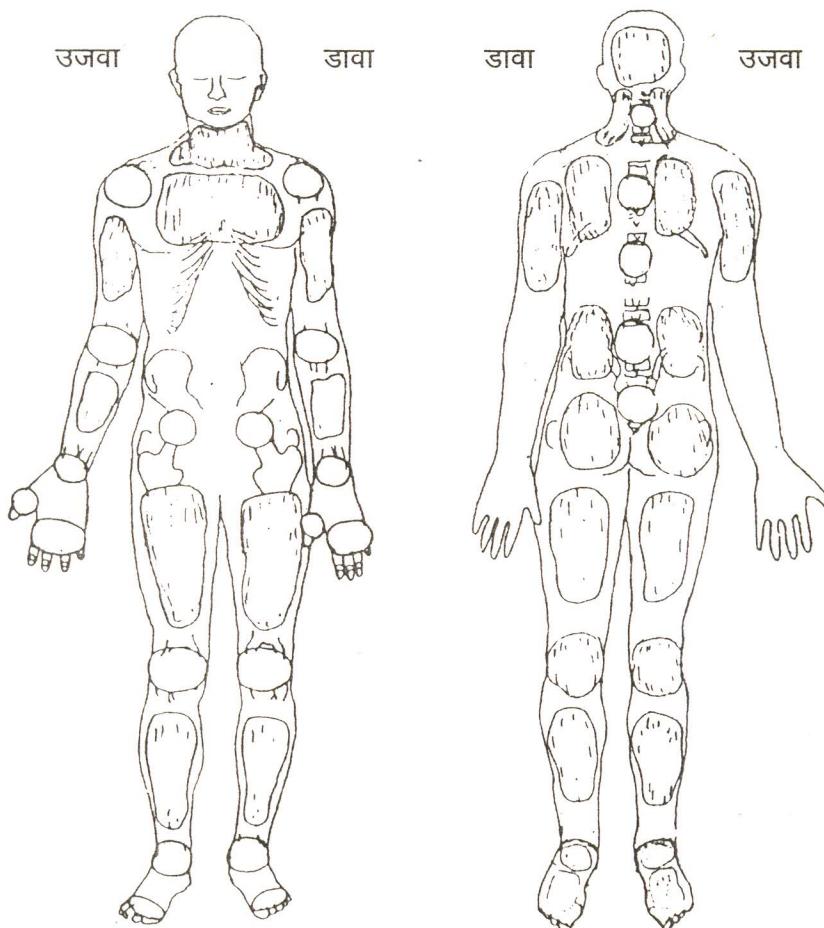
संशोधन विषयक माहिती व सूचना :- शहरी व ग्रामीण भागात संधीवात व अस्थिस्नायूगतव्याधी बन्याच मोठ्या प्रमाणात आढळून येत आहेत. संपूर्ण जगभर या व्यार्धीची व्यासी किती आहे याचा अभ्यास करण्यासाठी जागतिक आरोग्य संघटना (WHO) व संधीवाताला विरोध करण्यासाठी स्थापन केलेली आंतरराष्ट्रीय संघटना (ILAR) यांच्या वतीने ही पहाणी करण्यात येत आहे, व यातून समाजाला अधिकाधिक आरोग्यदायक सुविधा पुरवण्याचा प्रयत्न केला जाणार आहे. आपण दिलेली सर्व महिती गुप्त ठेवण्यात येणार आहे, (तिचा परिणाम तुमच्या सध्या चालू असलेल्या उपचारावर होणार नाही.) मिळालेल्या सर्व माहितीचा सूक्ष्म अभ्यास करून त्याचा उपयोग संशोधन, आरोग्य विषयक सेवा व शिक्षणासाठी केला जाईल.

सूचना : योग्य त्या ठिकाणी चौकोनात अथवा खालील मनुष्याच्या आकृतीमध्ये बरोबरची (✓) खूण करा. एका पेक्षा अधिक ठिकाणी वेदना असल्यास त्यानुसार खुणा करा.

विभाग 'अ' - सांधे, स्नायूंमध्ये वेदना, सूज, ताठपणा.

अ1) गेल्या 7 दिवसात आपल्याला आपल्या सांध्यांमध्ये / स्नायूंमध्ये वेदना, सूज ताठपणा जाणवला का ?

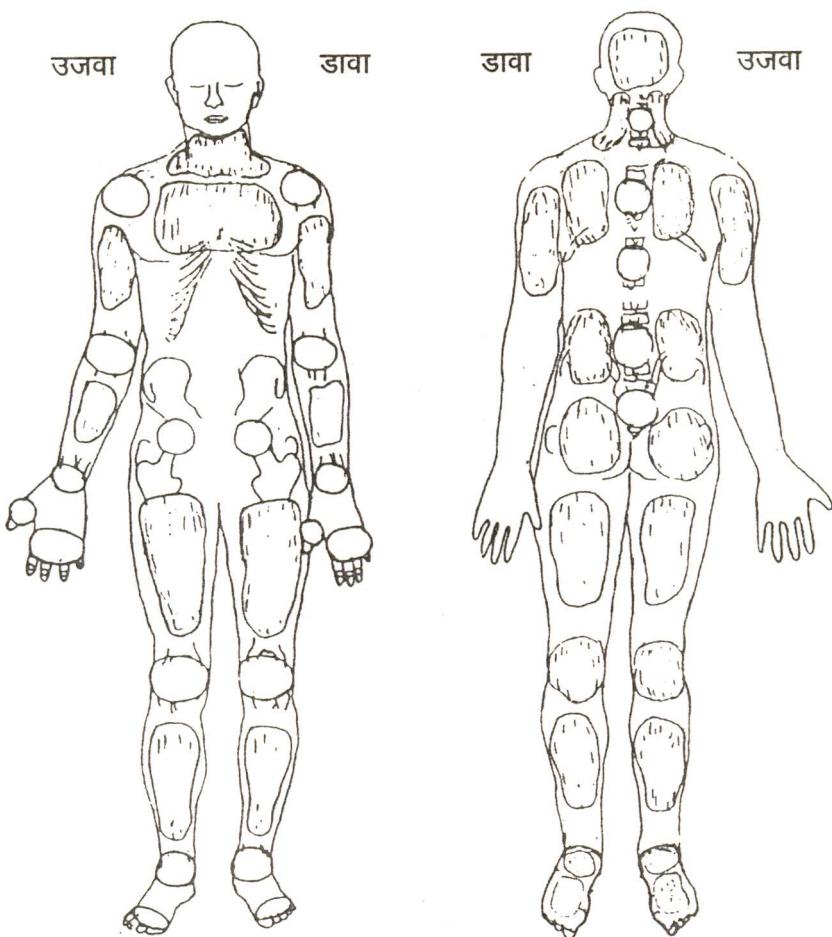
नाही होय, असल्यास वेदना होत असलेली जागा खालील चित्रामध्ये दाखवा.



सर्वात जास्त वेदना होत असलेला भाग : _____

अ2) पूर्वी आपल्याला कुठल्या सांध्यामध्ये, स्नायूमध्ये वेदना, सूज व ताठपणा जाणवला का ?

नाही होय, असल्यास खालील चित्रात तुम्हाला वेदना झालेली जागा / भाग दाखवा.



आजाराचा एकूण कालावधी : _____ दिवस आठवडे महिने वर्षे

अ3) तुमच्या वेदनेचे प्रमाण (तीव्रता) किती ?

पूर्वी - काही नाही सौम्य मध्यम तीव्र अतितीव्र

सध्या (गेल्या 7 दिवसांत) काही नाही सौम्य मध्यम तीव्र अतितीव्र

अ4) पूर्वी काही शस्त्रक्रिया झाल्या असल्यास :

अ5) i) आपल्याला एखादा अपघात झाला किंवा दुःखापत झाली आहे का ?

नाही होय

ii) असल्यास, कशाप्रकारे ?

a) वाहन अपघात - वाहनात बसले असताना पादचारी (चालताना)

b) पडल्यामुळे - झाड / इमारत (उंचीवरून) मैदानावर (सपाट)

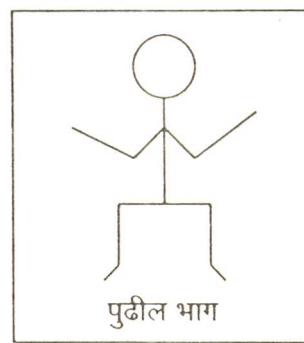
c) व्यवसायासंबंधित अपघात - शेती यांत्रिक

iii) असल्यास शरीराच्या ज्या भागाला दुखापत झाली तो भाग चित्रामध्ये गोल करून दाखवा

iv) दुखापतीचा प्रकार

a) अस्थिभंग - जखम होऊन जखमेशिवाय b) लचकणे / मुरगळणे

c) लकवा d) इतर रूपषीकरण :



v) आपल्यावर कोणी औषधोपचार केले

- a) हाडे बसवणारा b) रुग्णालय :- i) शासकीय ii) खाजगी

vi) दुखापतीचा काय परिणाम झाला ?

- a) पूर्णपणे बरे वाटले b) अकार्यक्षमता i) वेदना ii) ताठपणा iii) व्यंग

vii) व्याधीमुळे आलेल्या अकार्यक्षमतेचा कालावधी _____ वर्ष _____ महिने

viii) एकूण उपचारांचा खर्च _____

ix) शेरा : _____

विभाग 'ब' - अकार्यक्षमता (ऐच्छिक)

ब1) तुम्हाला होणाऱ्या वेदना / अकार्यक्षमतेमुळे तुमच्या जीवनातील घडामोर्डींवर (गोष्टींवर) काय परिणाम होतो ?

(टीप : ज्या गोष्टी तुम्हाला लागू होत नाहीत त्यावर काट (--) मारा)

	काही नाही	अल्प	मध्यम	तीव्र
कौटुंबिक संबंधावर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सामाजिक संबंधावर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
वैवाहिक संबंधावर (शारीरिक संबंध)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आर्थिक स्थितीवर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
व्यवसाय / धंदा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
कार्यक्षमता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शाळा / कॉलेजमध्ये जाण्याची क्षमता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
छंद	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
खेळ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
इतर स्पष्टीकरण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ब2) i) वेदना किंवा अकार्यक्षमतेमुळे आपण काम करणे थांबवले आहे का ?

नाही होय ; असल्यास कारण स्पष्ट करा _____

ii) वेदना किंवा अकार्यक्षमतेमुळे तुमच्या कामात काही बदल झाला आहे का ?

नाही होय ; असल्यास कारण स्पष्ट करा _____

ब3) आपल्या आजाराचा आपल्या झोपेवर काही परिणाम झाला आहे का ? नाही होय

असल्यास : सौम्य मध्यम जास्त झोप लागतच नाही

ब4) तुम्ही लवकर उदास होता का ? नाही होय असल्यास, तुमच्या आजारामुळे असे होते का ? _____

विभाग 'क' - विशिष्ट कामे करताना येणाऱ्या अडचणी

(स्वास्थ्य विषयक माहिती मिळविण्यासाठी तयार केलेली प्रश्नमालिका)

स्वास्थ्यासंबंधी मोजमाप स्वतः लिहिलेली मुलाखती द्वारे करणारी प्रश्नावली

खालील गोष्टी आपण करू शकता का ?	कोणतीही अडचण न येता.	काही प्रमाणात अडचण येते	बन्याच मोळ्या प्रमाणात अडचण येते	करता येणे अशक्य	जे लागू होत नाही	गुण
I) वेशभूषा व पोषास्त्र						
१) स्वतःचा पोषास्त्र घालणे. तसेच वटण लावणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
२) स्वतःचे केस धुणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
३) स्वतःचे केस विंचरणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II) उठ बस करणे						
४) सरळ खुर्चीतून ताट उभे रहाणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
५) पलगावर चढणे व खाली उतरणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
६) मांडी घालून जमिनीवर बसणे व उठणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
III) स्वारे						
७) भाज्या विरणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
८) गद्य भरलेला कप/ग्लास तोंडापर्यंत नेणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
९) एक हाताने पोळी तोडणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IV) चालणे						
१०) उघड्या भैदानातून सपाट जमिनीवरून चालणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
११) पाच पायाच्या चढणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
V) आरोग्य विषयक						
१२) आंधोळ करणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
१३) अंग धुणे व कोरडे करणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
१४) शौचास जाणे (उठणे-बसणे) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
शौचालय पद्धती :						
<input type="checkbox"/> भारतीय <input type="checkbox"/> पाश्चिमात्य / उंच भांडे						
पद्धत : <input type="checkbox"/> आधार घेऊन बसता येते <input type="checkbox"/> उभे रहावे लागते <input type="checkbox"/> आधार घेऊन उभे रहावे लागते						
VI) पोहोचणे						
१५) दोन किलोग्राम वजनाचे पोते उदा. साखरेचा डबा / पिशवी डोक्याच्या थोडे वर पर्यंत नेणे व खाली धेणे?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
१६) खाली वाकुन जमीनीवरील कपडे उचलणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VII) घट पकड						
१७) पुर्वी उघडलेल्या बाटलीचे झाकण उघडणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
१८) नळ चालू बंद करणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
१९) दाराची कडी उघडणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIII) कार्यक्षमता						
२०) घर/ऑफीस मध्ये काम करणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
२१) वस्तु आणण्यासाठी दुकानात जाणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
२२) बस मध्ये चढणे - उतरणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
२३) रिक्षा व कार मधून चढणे - उतरणे ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
२४) सायकल चालू शकता का ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

एकूण गुण _____

खालील नित्य उपयोगी साधने अथवा युक्त्यापैकी कोणत्या वापरता ?

 वेताची छडी व काटी वॉकर कुबडी चाक असलेली खुर्ची (व्हील चेअर) विशिष्ट अथवा खास प्रकारच्या खुर्च्या उंची असणारे संडासाचे भांडे

खालील पैकी कोणत्या गोष्टीला आपणांस दुसऱ्याची व्यक्तीची मदत घ्यावी लागते.

 वेशभूषा जेवणे उठ बस करणे चालणे आरोग्य विषयक घटपकडीच्या उघड बंद करणाऱ्या वस्तू घरातील अथवा याहेरील लहान सहान कामे

विभाग 'ड' : उपचार (ऐच्छिक)

ड1) आपण आपल्या डॉक्टरांकडून काय अपेक्षा ठेवता ?

- वेदनामुक्ती
- सूजेपासून आराम
- सहानुभूती
- अधिक वेळ
- आजारापासून मुक्ती
- आजारासंबंधी माहिती
- योग्य औषधे / उपचार

ड2) पूर्वी कोणकोणते उपचार घेतले

- अॅलोपैथीक
- आयुर्वेदिक
 - तोंडावाटे पंचकर्म
 - लेप / बाहेरुन लावायच्या गोष्टी
 - इतर, स्पष्टीकरण _____
- होमिओपैथिक
- अँक्युप्रेशर
- अँक्युपंक्चर
- फिजिओथेरेपी

ड3) आपल्याला कुठल्या प्रकारची अॅलर्जी आहे का ?

- नाही होय, असल्यास अन्नपदार्थ औषधे
- अॅलर्जी उत्पन्न करणाऱ्या पदार्थाची नावे _____

ड4) एखादा अन्नपदार्थ / आहारामुळे तुमचा वात / सांधेदुखी वाढते का ? नाही होय असल्यास स्पष्ट करा

ड5) ही प्रश्नावली समजायला सोपी होती का ?

- होय नाही, नसल्यास स्पष्ट करा

रुग्णाकडून मिळालेली काही अधिक माहिती _____

- मसाज
- रेकी
- योगासने
- ध्यान
- चुंबक थेरेपी
- माहित नाही
- इतर
- इतर
- इतर

आपण दिलेल्या सहकार्याबद्दल आभारी आहोत

आरोग्य सेवकाचे नाव _____

वेळ _____

तारीख _____