



دانشگاه علوم پزشکی تهران  
مرکز تحقیقات روماتولوژی

با همکاری انجمن بین المللی روماتولوژی و سازمان جهانی بهداشت  
طرح تحقیقاتی COPCORD شهر تهران، ایران

## پرسشنامه غربالگری

### قسمت A : اطلاعات شخصی

A1 جنسیت شما چیست؟

1- مرد □ . 2- زن □

A2 وضعیت کنونی شما از نظر ازدواج چیست؟

1- مجرد 2- متأهل 3- فوت همسر 4- جدا شده یا طلاق گرفته

5- غیره، مشخص نمائید □

A3 زبان مادری شما چیست؟

1- فارسی . 2 - ترک □ 3 - کرد .  
4- لر □ 5 - بلوچ □ . 6 - عرب □  
7- زرتشتی . 8 - ارمنی □ 9 - کلیمی □  
10- غیره

A4 میزان تحصیلات شما چه اندازه است؟

1- بی سواد 2- ابتدائی ناقص یا تحصیلات غیر رسمی 3  
-ابتدائی کامل  
4- راهنمایی ناقص 5- راهنمایی کامل 6-  
دبیرستان  
7- دیپلم یا پیش دانشگاهی 8- دانشگاهی  
9 - علوم دینی  
10- نهضت سواد آموزی

### قسمت B : سابقه شغلی

B1 شغل شما چیست؟ ..... طبقه بندی شغلی:

- B2** آیا دارای شغل دوم هستید؟  
0- خیر  
در صورت بلی شغل دوم شما چیست ؟  
( طبقه شغلی) .....
- B3a** طولانی ترین اشتغال شما در چه شغلی بوده است؟ خانه داری  
و محصلی و بازنشستگی را در نظر بگیرید ( طبقه شغلی) .....
- B3b** مدت زمان اشتغال شما در این شغل: ..... سال
- B4** در صورت عدم اشتغال علت آن را ذکر نمایید.  
1- عدم توانایی (مشکلات سلامتی)  
2- شرایط کاری (ورشکستگی، تعدیل نیرو، از دست دادن سرمایه ...)  
3- غیره

### طبقه بندی مشاغل

- 1- **کارگر ساده**: کارگر ساختمان، کارگر کارخانه، رفتگر، مستخدم، پیشخدمت، باربر، نگهبان، سرایدار، آبدارچی، فراش.
- 2- **کارگر ماهر ( کارگر حرفه ای )**: بنا، نجار، تراش کار، ریخته گر، لوله کش ساختمان، جوش کار، فلز کار، کمک مکانیک، آهنگر، حلبی ساز، پنجر گیر، کارگر چاپخانه، شیشه بر، کارگر مبیل ساز، پشم ریس، نساج، سراج، نقاش ساختمان، آشپز، نانوا، قصاب، سلمانی، کارگر خیاط، کارگر نقاش، مقنی، راننده .
- 3- **کشاورز**: زارع، برزگر، جنگلیان، ماهی گیر، شکارچی، باغبان، مرغدار، برنج کار، خرده مالک.
- 4- **کاسب**: خوار بار فروش، میوه فروش، خرازی فروش، ساندویچ فروش، آجیل فروش، بستنی فروش، چلو کبابی، پارچه فروش، فروشنده لوازم بهداشتی ساختمان، فروشنده لوازم یدکی ماشین، فروشنده مصالح ساختمان، دست فروش، فروشنده دوره گرد.
- 5- **کارکنان امور دفتری و کارمندان جزء اداری**: بایگان، ماشین نویس، دفتر دار، تلفنچی، پست چی، کارمندان جزء ادارات، منشی، درجه داران نیروهای مسلح و نیروی انتظامی، فروشنندگان فروشگاه ها.
- 6- **کارمندان عالی رتبه**: مدیران و معاونت ادارات و کارخانه ها، مدیران آژانس های مسافرتی و حمل و نقل، کارمندان عالی رتبه ادارات، افسران نیروهای مسلح و نیروی انتظامی.
- 7- **بازرگان**: تاجر فرش، تاجر آهن، بنکدار، وارد کننده اجناس خارجی، صادر کننده اجناس داخلی، قماش فروش.
- 8- **مشاغل تخصصی**: مهندس، پزشک، وکیل دادگستری، هیئت علمی دانشگاه ها، روحانیان .
- 9- **مشاغل فنی**: حسابدار، کتابدار، پرستار، بهیار، بهورز، قابله، مددکار، تکنسین های علوم پزشکی و آزمایشگاهی، تکنسین های ماشین آلات و ادوات سمعی - بصری، الکتریکی، ساعت ساز، خیاط، کفاش، مکانیک، عکاس.
- 10- **محصل**: دانش آموز، دانشجو.
- 11- **خانه دار**: خانه دار به فردی گفته می شود که لا اقل پخت و پز و اداره سایر امور داخلی خانه و یا سرپرستی آنها با او بوده، به کاری که تامین درآمد کند اشتغال نداشته باشد. خانم خانه دار اگر شاغل نیز باشد خانه دار محسوب نمی شود.
- 12- **بازنشسته**: فردی بازنشسته شمرده می شود که پس از بازنشستگی اشتغال به کاری نداشته باشد. اگر فرد بازنشسته پس از بازنشستگی شغلی اختیار کرده است کد آن شغل منظور می شود .
- 13- **بیکار**: فردی بیکار خوانده می شود که شغلش را به هر علت از دست داده و یا از ابتدا شغلی را اختیار نکرده باشد.
- 14- **نا معلوم**: در صورتی است که پاسخگو از بیان آن خودداری کند.
- 15- **معلم**

**قسمت C: درد، تورم، درد در اثر فشار یا سفتی 2**

c1 آیا در 7 روز گذشته هیچکدام از مشکلات زیر را در استخوانها، مفاصل یا عضلات خود داشته اید؟ درد، درد در اثر فشار، تورم یا سفتی (خشکی).

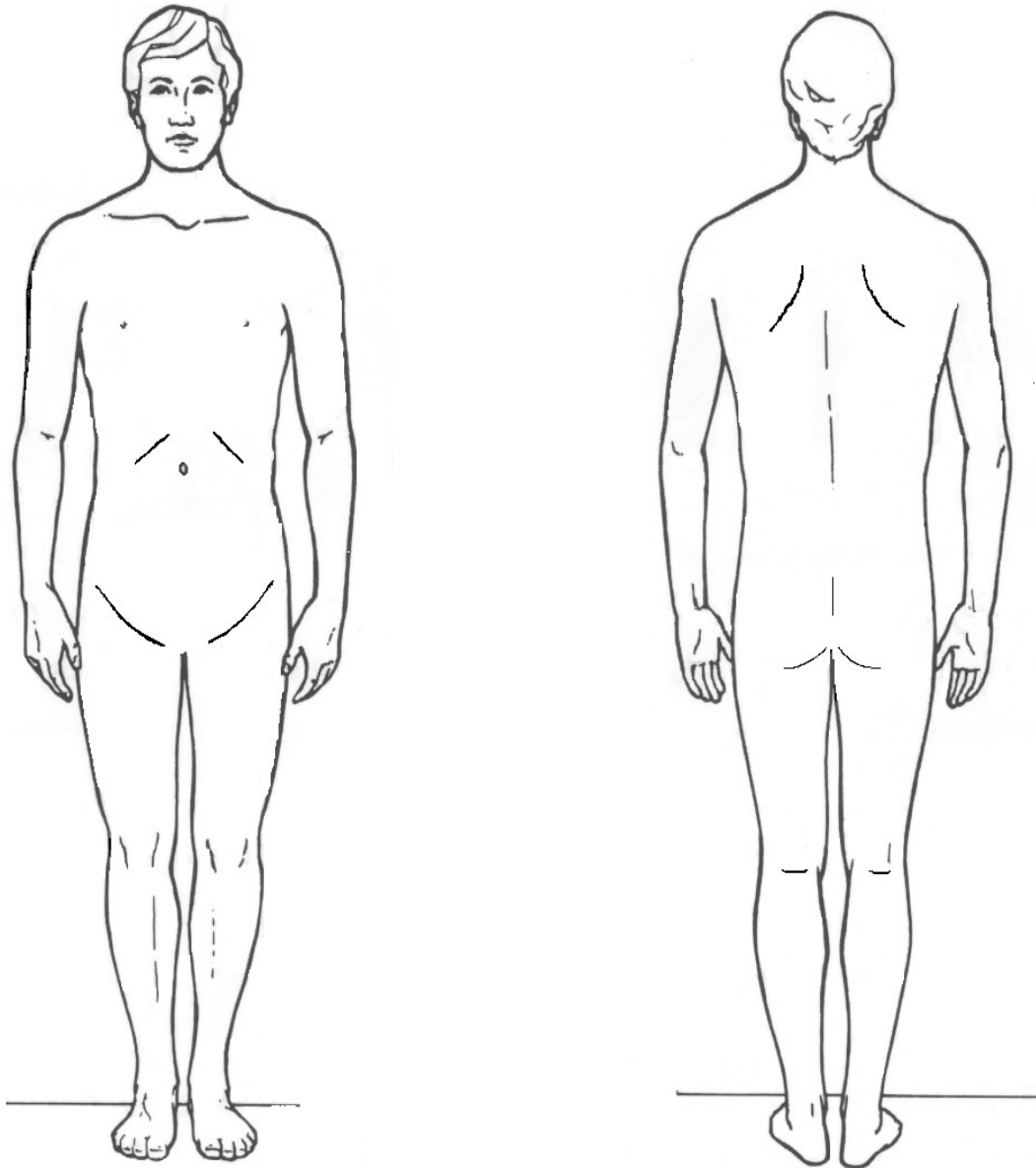
0- خیر □ به قسمت C8 بروید  
1- بله

در کجا این مشکلات را داشته اید؟ {منظور درد، درد در اثر فشار، تورم یا سفتی در 7 روز گذشته است} چه مدت این مسئله را داشته اید (بر حسب روز، هفته، ماه، سال)؟

|      |                    |        |                                 |      |
|------|--------------------|--------|---------------------------------|------|
| C2ad | مدت.....<br>-1 بله | 0- خیر | <b>(a) درشانه؟</b>              | C2a  |
|      |                    |        | درد وجود داشت؟                  | C2a1 |
|      |                    |        | سفتی وجود داشت؟                 | C2a2 |
|      |                    |        | درد در اثر فشار وجود داشت؟      | C2a3 |
| C2bd | مدت.....<br>-1 بله | 0- خیر | <b>(b) در آرنج</b>              | C2b  |
|      |                    |        | درد وجود داشت؟                  | C2b1 |
|      |                    |        | تورم وجود داشت؟                 | C2b2 |
|      |                    |        | سفتی وجود داشت؟                 | C2b3 |
|      |                    |        | درد در اثر فشار وجود داشت؟      | C2b4 |
| C2cd | مدت.....<br>-1 بله | 0- خیر | <b>(c) در مچ دست؟</b>           | C2c  |
|      |                    |        | درد وجود داشت؟                  | C2c1 |
|      |                    |        | تورم وجود داشت؟                 | C2c2 |
|      |                    |        | سفتی وجود داشت؟                 | C2c3 |
|      |                    |        | درد در اثر فشار وجود داشت؟      | C2c4 |
| C2dd | مدت.....<br>-1 بله | 0- خیر | <b>(d) در کف دست و انگشتان؟</b> | C2d  |
|      |                    |        | درد وجود داشت؟                  | C2d1 |
|      |                    |        | تورم وجود داشت؟                 | C2d2 |
|      |                    |        | سفتی وجود داشت؟                 | C2d3 |
|      |                    |        | درد در اثر فشار وجود داشت؟      | C2d4 |
| C2ed | مدت.....<br>-1 بله | 0- خیر | <b>(e) در مفاصل لگن؟</b>        | C2e  |
|      |                    |        | درد وجود داشت؟                  | C2e1 |
|      |                    |        | سفتی وجود داشت؟                 | C2e2 |
|      |                    |        | درد در اثر فشار وجود داشت؟      | C2e3 |

|      |                    |         |  |      |
|------|--------------------|---------|--|------|
| C2fd | -1 بله<br>مدت..... | 0-خیر   | <b>(f) در زانو؟</b>                          | C2f  |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد وجود داشت؟                               | C2f1 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | تورم وجود داشت؟                              | C2f2 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | سفتی وجود داشت؟                              | C2f3 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد در اثر فشار وجود داشت؟                   | C2f4 |
| C2gd | -1 بله<br>مدت..... | 0-خیر   | <b>(g) در مچ پا؟</b>                         | C2g  |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد وجود داشت؟                               | C2g1 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | تورم وجود داشت؟                              | C2g2 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | سفتی وجود داشت؟                              | C2g3 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد در اثر فشار وجود داشت؟                   | C2g4 |
| C2hd | -1 بله<br>مدت..... | 0-خیر   | <b>(h) در انگشتان پا؟</b>                    | C2h  |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد وجود داشت؟                               | C2h1 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | تورم وجود داشت؟                              | C2h2 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | سفتی وجود داشت؟                              | C2h3 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد در اثر فشار وجود داشت؟                   | C2h4 |
| C2id | -1 بله<br>مدت..... | 0-خیر   | <b>(i) در گردن؟</b>                          | C2i  |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد وجود داشت؟                               | C2i1 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | سفتی وجود داشت؟                              | C2i2 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد در اثر فشار وجود داشت؟                   | C2i3 |
| C2jd | -1 بله<br>مدت..... | 0-خیر   | <b>(j) در ستون مهره ها؟</b>                  | C2j  |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد وجود داشت؟                               | C2j1 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | سفتی وجود داشت؟                              | C2j2 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد در اثر فشار وجود داشت؟                   | C2j3 |
| C2kd | -1 بله<br>مدت..... | 0-خیر □ | <b>(k) غیره؟ (مفاصل، عضلات و استخوانها)؟</b> | C2k  |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | نام ببرید .....                              |      |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد وجود داشت؟                               | C2k1 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | تورم وجود داشت؟                              | C2k2 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | سفتی وجود داشت؟                              | C2k3 |
|      | -1 بله             | 0-خیر   | درد در اثر فشار وجود داشت؟                   | C2k4 |

c3 لطفا در روی شکل با یک ضربدر (×) مشخص نمایید که در کجا درد، حساسیت (درد در اثر فشار)، تورم یا سفتی در 7 روز گذشته احساس نموده اید؟



**در صورت داشتن درد مفصلی (یا استخوانی یا عضلانی):**

C4a آیا درد در صبح‌ها؟

1- بیشتر است

2- کمتر است

3- فرقی ندارد

C4b آیا درد با فعالیت؟

1- بیشتر می‌شود

2- کمتر می‌شود

3- فرقی ندارد

C4c آیا درد بعد از خواب رفتن شما را از خواب بیدار می‌کند؟

1- بله 0- خیر

C5a **یک خط عمودی در نقطه‌ای که بهترین توصیف شدت درد شما از حادثه‌ای که بیاد می‌آورید باشد روی خط زیر بکشید؟**

شدیدترین درد قابل

اصلاً دردی ندارم  
تصور

C5b **شدت دردی را که بیاد می‌آورید چگونه توصیف می‌نمائید؟**

1- خفیف 2- ناراحت کننده 3- آزار دهنده 4- طاقت فرسا 5- کشنده

C6 **آیا حادثه و ضربه‌ای (منظور کشیدگی عضله یا جراحت) قبل از**

**درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟**

0- خیر 1 - بله 2- به خاطر نمی‌آورم

**در صورت بله، چه حادثه‌ای قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟**

C6a عدم تعادل و افتادن حین حرکت 1 - بله 0- خیر

C6b تصادف وسایل نقلیه 1 - بله 0- خیر

C6c سقوط 1 - بله 0- خیر

C6d ضربه و یا برخورد جسمی سخت به شما 1- بله 0-

خیر

C6e غیره، 1 - بله 0-

خیر

**چه صدمه ای در این حادثه برایتان پیش آمد؟**

- C7a شکستگی 1 - بله - 0- خیر
- C7b دررفتگی 1 - بله - 0- خیر
- C7c کشیده شدن عضلات و یا رباطها 1 - بله - 0-
- C7d غیره 1 - بله - 0- خیر

خیر

**c8 اگر در 7 روز گذشته هیچ مشکلی (مثل درد، تورم، درد در اثر فشار یا سفتی در استخوانها، مفاصل یا عضلات خود) نداشته اید، آیا تاکنون مشکلی (مثل درد، تورم، درد در اثر فشار یا سفتی در استخوانها، مفاصل یا عضلات خود) داشته اید که حد اقل یک ماه طول**

**کشیده باشد و یا برایتان بصورت مکرر اتفاق افتاده باشد؟**

- 0- خیر  اگر C1 و C8 هر دو خیر است، به قسمت F بروید.
- 1- بله  ادامه دهید

**درکجا این مسئله یعنی درد، تورم، درد در اثر فشار یا سفتی را داشتید. چه مدت این مشکل را داشتید (بر حسب روز، هفته، ماه، سال)؟**

|      |                     |        |                            |      |
|------|---------------------|--------|----------------------------|------|
| C9ad | مدت .....<br>-1 بله | 0- خیر | <b>(a) درشانه؟</b>         | C9a  |
|      | -1 بله              | 0- خیر | درد وجود داشت؟             | C9a1 |
|      | -1 بله              | 0- خیر | سفتی وجود داشت؟            | C9a2 |
|      | -1 بله              | 0- خیر | درد در اثر فشار وجود داشت؟ | C9a3 |
| C9bd | مدت .....<br>-1 بله | 0- خیر | <b>(b) در آرنج</b>         | C9b  |
|      | -1 بله              | 0- خیر | درد وجود داشت؟             | C9b1 |
|      | -1 بله              | 0- خیر | تورم وجود داشت؟            | C9b2 |
|      | -1 بله              | 0- خیر | سفتی وجود داشت؟            | C9b3 |
|      | -1 بله              | 0- خیر | درد در اثر فشار وجود داشت؟ | C9b4 |
| C9cd | مدت .....<br>-1 بله | 0- خیر | <b>(c) در مچ دست؟</b>      | C9c  |
|      | -1 بله              | 0- خیر | درد وجود داشت؟             | C9c1 |
|      | -1 بله              | 0- خیر | تورم وجود داشت؟            | C9c2 |
|      | -1 بله              | 0- خیر | سفتی وجود داشت؟            | C9c3 |
|      | -1 بله              | 0- خیر | درد در اثر فشار وجود داشت؟ | C9c4 |

|      |   |  |   |                                     |
|------|---|--|---|-------------------------------------|
| C9dd | مدت ..... -1 بله،<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله | 0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر | <b>(d) در دستها؟</b><br>درد وجود داشت؟<br>تورم وجود داشت؟<br>سفتی وجود داشت؟<br>درد در اثر فشار وجود داشت؟      | C9d<br>C9d1<br>C9d2<br>C9d3<br>C9d4 |
| C9ed | مدت ..... -1 بله،<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله           | 0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر           | <b>(e) در مفاصل لگن؟</b><br>درد وجود داشت؟<br>سفتی وجود داشت؟<br>درد در اثر فشار وجود داشت؟                     | C9e<br>C9e1<br>C9e2<br>C9e3         |
| C9fd | مدت ..... -1 بله،<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله | 0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر | <b>(f) در زانو؟</b><br>درد وجود داشت؟<br>تورم وجود داشت؟<br>سفتی وجود داشت؟<br>درد در اثر فشار وجود داشت؟       | C9f<br>C9f1<br>C9f2<br>C9f3<br>C9f4 |
| C9gd | مدت ..... -1 بله،<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله | 0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر | <b>(g) در مچ پا؟</b><br>درد وجود داشت؟<br>تورم وجود داشت؟<br>سفتی وجود داشت؟<br>درد در اثر فشار وجود داشت؟      | C9g<br>C9g1<br>C9g2<br>C9g3<br>C9g4 |
| C9hd | مدت ..... -1 بله،<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله | 0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر | <b>(h) در انگشتان پا؟</b><br>درد وجود داشت؟<br>تورم وجود داشت؟<br>سفتی وجود داشت؟<br>درد در اثر فشار وجود داشت؟ | C9h<br>C9h1<br>C9h2<br>C9h3<br>C9h4 |
| C9id | مدت ..... -1 بله،<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله           | 0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر           | <b>(i) در گردن؟</b><br>درد وجود داشت؟<br>سفتی وجود داشت؟<br>درد در اثر فشار وجود داشت؟                          | C9i<br>C9i1<br>C9i2<br>C9i3         |
| C9jd | مدت ..... -1 بله،<br>-1 بله<br>-1 بله<br>-1 بله           | 0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر<br>0- خیر           | <b>(j) در ستون مهره ها؟</b><br>درد وجود داشت؟<br>سفتی وجود داشت؟<br>درد در اثر فشار وجود داشت؟                  | C9j<br>C9j1<br>C9j2<br>C9j3         |



داشت؟  C9k

**(k) غیره؟ (مفاصل، عضلات و استخوانها)؟**

نام ببرید... ..  C9k

درد وجود داشت؟  C9k1

تورم وجود داشت؟  C9k2

سفتی وجود داشت؟  C9k3

درد در اثر فشار وجود داشت؟  C9k4

0-خیر

1- بله، مدت .....

C9kd

0-خیر

1- بله

0-خیر

1- بله

0-خیر

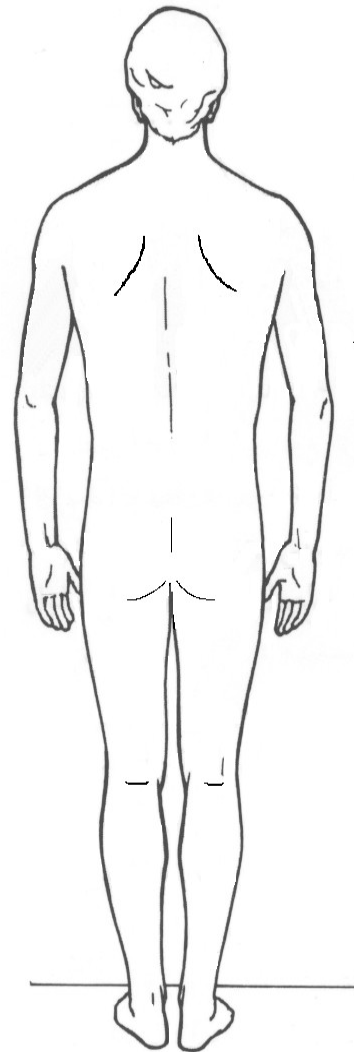
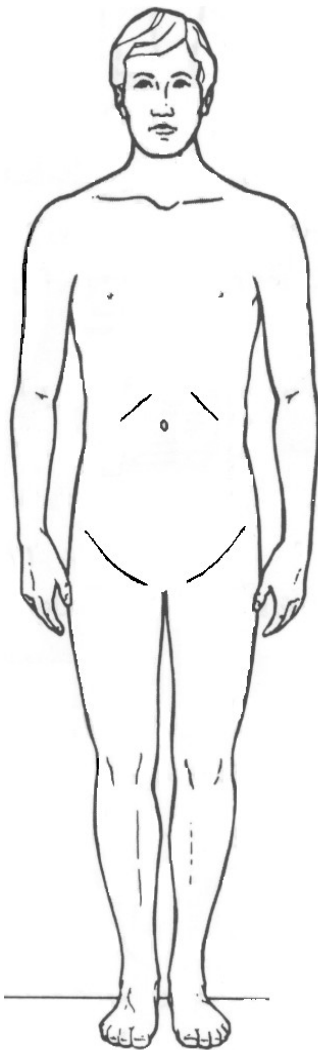
1- بله

0-خیر

1- بله

لطفا در روی شکل با یک ضربدر (x) مشخص نمایید که در کجا درد، حساسیت (درد در اثر فشار)، تورم یا سفتی (خشکی) تاکنون احساس نموده اید؟

C10



C11 آیا حادثه و ضربه ای (منظور کشیدگی عضله یا جراحی) قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟

0- خیر      1- بله      2- به خاطر نمی آورم

در صورت بله، چه حادثه ای قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟

C11a عدم تعادل و افتادن حین حرکت      1- بله      0 خیر

C11b تصادف وسایل نقلیه      1- بله      0 خیر

C11c سقوط      1- بله      0 خیر

C11d ضربه و یا برخورد جسمی سخت به شما      1- بله      0 خیر

C11e غیره      1- بله      0 خیر

چه صدمه ای در این حادثه برایتان پیش آمد؟

C12a شکستگی      1- بله      0- خیر

C12b دررفتگی      1- بله      0- خیر

C12c کشیده شدن عضلات و یا رباطها      1- بله      0- خیر

C12d غیره      1- بله      0- خیر

### قسمت D: ناتوانی ( محدودیت ) عملی

D1 آیا بخاطر مسائلی از قبیل درد، حساسیت، تورم یا سفتی در استخوانها، مفاصل یا عضلات خود محدودیتی در میزان یا نوع فعالیت‌هایی که می‌توانید انجام دهید ایجاد شده است؟

1- در حال حاضر محدود شده‌اید.

مشخص نمایید چه مدت (بر حسب روز، هفته، ماه، سال) : .....

D1d

به قسمت E بروید

2- در حال حاضر محدودیت نداشته ولی در گذشته داشته اید.  
مشخص نمائید چه مدت (بر حسب روز، هفته، ماه، سال): .....

D1d

به قسمت F بروید

3 - هرگز محدودیت نداشته اید به قسمت F بروید

## قسمت E: اشکال در انجام مهارت‌های (کارهای) خاص

توجه: این قسمت فقط توسط پاسخ دهندگانی پر شود که در حال حاضر محدودیت دارند.

در این قسمت ما می‌خواهیم راجع به اینکه چگونه فعالیت شما در اثر مشکلات (یعنی درد، حساسیت، تورم یا سفتی در استخوانها، مفاصل و عضلات شما) محدود شده است بیشتر بدانیم. بخصوص می‌خواهیم بدانیم که آیا در انجام کارهای خاص مربوط به فعالیت روزمره خود مشکل دارید.

•1 **بوسیله ضربدر (x) فقط بهترین پاسخ را برای توانایی معمول خود در 7 روز گذشته مشخص نمایید.**

E1 **لباس پوشیدن: پوشیدن لباس خود، از جمله بستن کمر بند، پوشیدن شلوار و بستن دکمه‌ها؟**

- 1- بدون هیچ مشکلی
- 2- مختصری برایم سخت است
- 3- برایم بسیار سخت است
- 4- بطورکلی ناتوان در انجام آن □ .

E2 **بلند شدن: به بستر رفتن و خارج شدن از آن؟**

- 1- بدون هیچ مشکلی
- 2- مختصری برایم سخت است
- 3- برایم بسیار سخت است
- 4- بطورکلی ناتوان در انجام آن □ .

E3 **نوشیدن: بلند کردن یک فنجان یا لیوان پر تا دهان خود؟**

- 1- بدون هیچ مشکلی
- 2- مختصری برایم سخت است
- 3- برایم بسیار سخت است
- 4- بطورکلی ناتوان در انجام آن □ .

E4 **خوردن و گرفتن با دست: پاره کردن نان و خوردن غذا با قاشق؟**

- 1- بدون هیچ مشکلی
- 2- مختصری برایم سخت است
- 3- برایم بسیار سخت است
- 4- بطورکلی ناتوان در انجام آن □ .

E5 **راه رفتن: راه رفتن در خارج در سطح صاف؟**

- 1- بدون هیچ مشکل □ .
- 2 - مختصری برایم سخت است

- 3- برایم بسیار سخت است  
4- بطورکلی ناتوان در انجام آن □ .

**E6 بهداشت: شستن و خشک کردن تمام بدن خود؟**

- 1- بدون هیچ مشکل □ .  
2- مختصری برایم سخت است  
3- برایم بسیار سخت است  
4- بطورکلی ناتوان در انجام آن □ .

**E7 بهداشت: چمباتمه زدن در توالت؟**

- 1- بدون هیچ مشکل □ .  
2- مختصری برایم سخت است  
3- برایم بسیار سخت است  
4- بطورکلی ناتوان در انجام آن □ .

**E8 کشش: خم شدن برای برداشتن لباس از روی زمین؟**

- 1- بدون هیچ مشکل □ .  
2- مختصری برایم سخت است  
3- برایم بسیار سخت است  
4- بطورکلی ناتوان در انجام آن □ .

**E9 کشش: پهن کردن لباس روی یک طناب بالاتراز سر برای خشک شدن؟**

- 1- بدون هیچ مشکل □ .  
2- مختصری برایم سخت است  
3- برایم بسیار سخت است  
4- بطورکلی ناتوان در انجام آن □ .

**E10 فعالیت: سوار و پیاده شدن از اتوبوس / تاکسی / مینی بوس؟**

- 1- بدون هیچ مشکل □ .
- 2- مختصری برایم سخت است
- 3- برایم بسیار سخت است
- 4- بطورکلی ناتوان درانجام آن

**E11 فعالیت: چهارزانو نشستن؟**

- 1- بدون هیچ مشکل □ .
- 2- مختصری برایم سخت است
- 3- برایم بسیار سخت است
- 4- بطورکلی ناتوان درانجام آن

**E12 فعالیت: انجام عبادت‌های روزانه؟**

- 1- بدون هیچ مشکل □ .
- 2- مختصری برایم سخت است
- 3- برایم بسیار سخت است
- 4- بطورکلی ناتوان درانجام آن

**E13 با دست گرفتن: باز کردن یک بطری / قوطی با در بازکن؟**

- 1- بدون هیچ مشکل □ .
- 2- مختصری برایم سخت است
- 3- برایم بسیار سخت است
- 4- بطورکلی ناتوان درانجام آن

## **قسمت F: علائم خارج مفصلی در ارتباط با بیماری‌های مفصلی - استخوانی**

**F1 آیا تاکنون در دهانتان زخم داشته اید؟**

0- خیر ← **به F4 بروید.**

1- بله □ ادامه دهید

**F2 در صورت بله، آیا شبیه آفت بود؟ (خصوصیت آفت: آفت یک زخم گرد یا بیضی شکل دردناک است که مرکز آن زرد یا سفید بوده، دور آن را هاله قرمز رنگی فرا گرفته است، اندازه های مختلفی داشته و می تواند در نواحی مختلف دهان وجود داشته باشد. طی یک تا دو هفته خود بخود خوب می شود.)**

0- خیر □ .

1- بله □ .

- 2- مشکوک نمی دانم  
3- به خاطر نمی آورم

F3 **در صورت آفت بودن، آیا ضایعه مشابهی نیز روی دستگاه تناسلی نیز بوده است؟**

- 0- خیر   
1- بله   
2- مشکوک نمی دانم  
3- به خاطر نمی آورم

F4 **آیا تاکنون جوش چرکی داشته اید؟**

- 0- خیر   
1- بله

- در صورت بله، در کدامیک از قسمت‌های زیر جوش چرکی داشته اید؟  
F4a سر و صورت 1- بله 0- خیر   
F4b گردن و تنه 1- بله 0- خیر   
F4c اندامها (دست و پا) 1- بله 0- خیر

F5 **آیا تا کنون لکه قرمز برجسته دردناک در اندامها داشته اید؟**

- 0- خیر   
1- بله   
2- مشکوک نمی دانم  
3- به خاطر نمی آورم

F6 **آیا تاکنون تاري دید ناگهانی که بیش از 1 هفته طول کشیده باشد داشته اید؟**

- 0- خیر   
1- بله

F7 **آیا در حال حاضر هر یک از مشکلات زخم یا آفت دهانی، جوش چرکی و یا لکه قرمز دردناک در اندامها، و یا تاري دید دارید؟**

- 1- بله   
0- خیر

**اگر پاسخ سوالات C1 و C8 و مجموعه سوالات  
قسمت F همگی خیر است، به قسمت H بروید.**

**قسمت G: درمان**

G1 آیا برای رفع مشکل درد، حساسیت، تورم یا سفتی برای استخوانها، مفاصل یا عضلات خود از کسی و یا مرکزی کمک گرفته اید و یا اقدام به خود درمانی نموده اید؟  
0- خیر ← به قسمت G4 بروید  
1- بله

G2 از چه کسی؟ هر تعدادی هست علامت بنویس:

**(a) پزشك**

- |      |   |        |        |
|------|---|--------|--------|
| G2a1 | مطب پزشك عمومي                                  | 1- بله | 0- خیر |
| G2a2 | مطب پزشك متخصص                                  | 1- بله | 0- خیر |
| G2a3 | مطب پزشك فوق تخصص                               | 1- بله | 0- خیر |
| G2a4 | مرکز بهداشتی درمانی                             | 1- بله | 0- خیر |
| G2a5 | بیمارستانهای خصوصی                              | 1- بله | 0- خیر |
| G2a6 | بیمارستانهای دانشگاهی                           | 1- بله | 0- خیر |
| G2a7 | سایر بیمارستانها (تامین اجتماعی، شرکت نفت، ...) | 1- بله | 0- خیر |
| G2a8 | درمانگاههای تخصصی / فوق تخصصی                   | 1- بله | 0- خیر |
| G2a9 | سایر درمانگاهها                                 | 1- بله | 0- خیر |

**(b) سایر منابع شایع**

- |      |              |          |        |
|------|--------------|----------|--------|
| G2b1 | فیزیوتراپیست | 1- بله   | 0- خیر |
| G2b2 | هومئوپاتی    | 1- بله - | 0- خیر |



|   |        |                         |    |     |
|---|--------|-------------------------|----|-----|
| - | 1- بله | G2b3 گیاه درمانی        | 0  | خیر |
|   | 1- بله | G2b4 حکیم باشی/عطارباشی | 0- | خیر |
|   | 1- بله | G2b5 پزشکیار            | 0- | خیر |
|   | 1- بله | G2b6 طب سوزنی           | 0- | خیر |
|   | 1- بله | G2b7 Chiropractic       | 0- | خیر |
|   | 1- بله | G2b8 خود درمانی         | 0- | خیر |
|   | 1- بله | G2b9 شکسته بند محلی     | 0- | خیر |
|   | 1- بله | G2b10 انرژی درمانی      | 0- | خیر |
|   | 1- بله | G2b11 داروخانه          | 0- | خیر |
| - | 1- بله | G2b12 غیره              | 0  | خیر |

**G3 برای رفع مشکل خود چه اقدامی کردید؟ (به هر تعداد ممکن علامت زده شود.)**

|      |                           |        |   |
|------|---------------------------|--------|---|
| G3a1 | قرص های بدون نسخه پزشك    | 1- بله | 0- خیر <input type="checkbox"/>         |
| G3a2 | آیا کمک کننده بود؟        |        | 0- خیر <input type="checkbox"/>         |
|      |                           |        | 1- بله <input type="checkbox"/>         |
|      |                           |        | 2- مطمئن نیستم <input type="checkbox"/> |
| G3b1 | قرص های با نسخه پزشك      | 1- بله | 0- خیر <input type="checkbox"/>         |
| G3b2 | آیا کمک کننده بود؟        |        | 0- خیر <input type="checkbox"/>         |
|      |                           |        | 1- بله <input type="checkbox"/>         |
|      |                           |        | 2- مطمئن نیستم <input type="checkbox"/> |
| G3c1 | پماد موضعی بدون نسخه پزشك | 1- بله | 0- خیر <input type="checkbox"/>         |
| G3c2 | آیا کمک کننده بود؟        |        | 0- خیر <input type="checkbox"/>         |
|      |                           |        | 1- بله <input type="checkbox"/>         |

2- مطمئن نیستم. □

d (G3d1) **پماد موضعی با نسخه پزشك** 1- بله 0- خیر □  
 آیا كمك کننده بود؟ G3d2

0- خیر □

1- بله □

2- مطمئن نیستم. □

e (G3e1) **داروي تزريقي** □ 1- بله 0- خیر  
 آیا كمك کننده بود؟ G3e2

0- خیر □

1- بله □

2- مطمئن نیستم. □

f (G3f1) **فيزيوتراپي** □ 1- بله 0- خیر  
 آیا كمك کننده بود؟ G3f2

0- خیر □

1- بله □

2- مطمئن نیستم. □

g (G3g1) **جراحي** □ 1- بله 0- خیر  
 آیا كمك کننده بود؟ G3g2

0- خیر □

1- بله □

2- مطمئن نیستم. □

h (G3h1) **رژيم غذايي مخصوص** □ 1- بله 0- خیر □  
 آیا كمك کننده بود؟ G3h2

0- خیر □

1- بله □

2- مطمئن نیستم. □

**G4** آیا يك پزشك به شما نام يا تشخيصي براي درد، حساسيت، تورم يا سفتی در استخوانها، مفاصل يا عضلاتان گفته است، بعنوان مثال:

1 -G4a- آرتريت

2 -G4b- آرتروز □

3 -G4c- آرتريت روماتوئيد □

4 -G4d- روماتيسم □

5 -G4e- پوكی استخوان

- 6 G4f- استئوآرتريت □ .
- 7 G4g- فیبرومیالژیا یا فیبروزیت □ .
- 8 G4h- لوپوس سیستمیک □ .
- 9 G4i- اسپوندیلیت آنکیلوزان □ .
- 10 G4j- بیماری عضلانی - استخوانی دژنراتیو □ .
- 11 G4k - بهجت
- 12 G4l- غیره (نام ببرید) .

G5 اگر درد، حساسیت، تورم یا سفتی داشته اید، تاچه حد قادر بوده اید که با این مسئله تطابق نمایید (کنار بیاید) ؟

- 1- خیلی خوب □ .
- 2- نسبتاً خوب □ .
- 3- کمی □ .
- 4- به هیچ وجه

### قسمت H : ارزیابی

- H1 آیا فهم سئوالات آسان بود؟
- 1- بله □ . 0- خیر □ .
- H2 آیا پیشنهادی در مورد بهبود این پرسشنامه دارید؟
- 1- بله □ . 0- خیر □ .
- لطفاً توضیح دهید (بر روی برگه ضمیمه نوشته شود) .

### قسمت I: وضعیت حضور

- I1 در 5 جمعه اخیر چند جمعه را در فاصله زمانی صبح تا ظهر در منزل بوده اید ؟
- I2 به طور کلی در چند ماه اخیر از هر 10 جمعه ، چند جمعه را در فاصله زمانی صبح تا بعد از ظهر در منزل بوده اید ؟ □ .