

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

الف- اطلاعات تماس یا بیمار

الف-۱- تاریخ مصاحبه --- / --- / ---	الف-۲- نام مصاحبه کننده:
الف-۳- نوع تماس <input type="checkbox"/> صوتی <input type="checkbox"/> تصویری	الف-۴- فرد مصاحبه شونده: <input type="checkbox"/> خود بیمار <input type="checkbox"/> همراه بیمار <input type="checkbox"/> خود بیمار و همراهش
الف-۵- نتیجه تماس: <input type="checkbox"/> بیمار فوت شده <input type="checkbox"/> شماره تلفن اشتباه/تغییر کرده <input type="checkbox"/> عدم همکاری بیمار / همراه بیمار <input type="checkbox"/> موفق آمیز بود	در صورتی که بیمار فوت کرده الف-۵-۱- تاریخ فوت / / الف-۵-۲- علت زمینه ای مرگ (طبق گواهی فوت) الف-۵-۳- سایر علل مرگ (طبق گواهی فوت) الف-۵-۴- علت فوت از نظر مصاحبه شونده

در صورتی که تماس موفقیت آمیز بود سایر ارزیابی های حضوری انجام شده و داده ها تکمیل شود

ب- اطلاعات دموگرافیک و تماس

ب-۱- وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> همسر فوت شده <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> سایر	ب-۳- وضعیت اشتغال: <input type="checkbox"/> دانش آموز / دانشجو <input type="checkbox"/> از کار افتاده / بیکار <input type="checkbox"/> خانه دار / بازنشسته <input type="checkbox"/> شاغل
ب-۲- تحصیلات: <input type="checkbox"/> بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> متوسطه <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> کاردانی <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکتری حرفه ای <input type="checkbox"/> دکتری تخصصی	در صورتی که فرد شاغل است: ب-۳-۱- وضعیت شغلی: <input type="checkbox"/> شغل جدید بعد از آسیب <input type="checkbox"/> شغل قبل از آسیب ب-۳-۲- شغل فعلی ب-۳-۳- نحوه ی کار <input type="checkbox"/> دور کاری / کار در منزل <input type="checkbox"/> حضوری
ب-۵- استان محل سکونت:	ب-۶- شهر محل سکونت:
ب-۱- آدرس محل سکونت:	
ب-۷- تلفن منزل (به همراه پیش شماره):	ب-۸- تلفن همراه:
ب-۹- تلفن محل کار:	
ب-۱۰- تلفن اضطراری نزدیک ترین خویشاوند:	ب-۱۱- تلفن اضطراری نزدیک ترین فرد از نظر جغرافیایی:

ج- یافته های غیر طبیعی رادیولوژیک و تصاویر پزشکی

ج-۱- آیا بیمار بعد از ترخیص از فاز حاد، تصویربرداری از ستون فقرات برای پیگیری داشته است؟ <input type="checkbox"/> خیر- اصلا انجام نداده <input type="checkbox"/> بلی- اما تصویربرداری خارج از این مرکز انجام شده <input type="checkbox"/> بلی- در همین مرکز تصویربرداری انجام شده است	ج-۲- کدام نوع تصاویر پزشکی از بیمار که اخیرا یا بعد از ترخیص گرفته شده، برای بررسی در دسترس بود؟ (بیش از یک مورد می تواند انتخاب شود) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-RAY <input type="checkbox"/> هیچ کدام
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Failure or incomplete decompression <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Failure or incomplete solid fusion <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Implant failure/ breakage of the hardware <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Spine instability <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Cord hemorrhage <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Progression of cord edema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Transfer lesion to another level <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Syrinx (fluid-filled intramedullary structure expanding above the injured segment with signal isointense to CSF) <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Cyst <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Cord atrophy <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Myelomalacia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Diagnosed by <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT-scan <input type="checkbox"/> X-RAY	Cord tethering <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

ت- عوارض و وضعیت های ایجاد شده

D- Complications

ت- ۱ اسپاستیسیته																						
<p>ت-۱-۱ آیا بیمار در حال حاضر اسپاستیسیته دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی</p> <p>ت-۱-۲ در صورتی که پاسخ بلی است، شدت آن را بر اساس شاخص Modified Ashworth Scale مشخص کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> 0) عدم افزایش تون عضلانی (در حالت استراحت)</p> <p><input type="checkbox"/> 1) کمی تونوس عضلانی افزایش یافته است. علامتش یکی از این دو حالت است: وقتی که قسمت درگیر را خم و راست می کنیم، یا میگیرد ولی می کند یا در انتهای حرکت، مقاومت خفیف دارد.</p> <p><input type="checkbox"/> +1) تونوس عضلانی کمی افزایش یافته است. علامتش این است که میگیره، بعد مقاومت کمی در بقیه حرکت احساس می شود. این "مقاومت کم" را در کمتر از نصف حرکت بافی مانده (خم و راست) احساس می کنید.</p> <p><input type="checkbox"/> 2) افزایش بیشتری در تونوس عضلانی احساس می شود که در بیشتر از نیمی از رنج (ROM) حرکت احساس می شود ولی قسمت های گرفتار به آسانی حرکت می کنند.</p> <p><input type="checkbox"/> 3) افزایش قابل توجه تون عضلانی به طوری که حرکت پاسیو غیرفعال توسط معاینه گر نیز سخت باشد.</p> <p><input type="checkbox"/> 4) عضلات درگیر در هنگام خم شدن یا باز شدن سفت و محکم شده باشد.</p>																						
ت-۲ اتونومیک دیس رفلکسی Autonomic dysreflexia																						
<p>ت-۲-۱ آیا بیمار از زمان آسیب تاکنون، به دنبال علائم مندرج در ستون دوم جدول زیر، دچار علائمی نظیر سردرد شدید یا سایر علائم مندرج در ستون سوم شده است؟</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر</p>																						
<p>۱- توضیحات:</p> <p>۲- اتونومیک دیس رفلکسی به معنی اختلال در واکنش سیستم سمپاتیک است.</p> <p>۳- در بیماران با آسیب های بالاتر از T6 ممکن است ایجاد شود.</p> <p>۴- مهمترین علامت آن، افزایش فشار خون به میزان ۲ واحد یا (۲۰ میلی متر جیوه) است.</p> <p>۵- در اثر تحریک در زیرسطح آسیب ایجاد می شود. شایع ترین علت آن انسداد یا احتباس ادراری است.</p> <p>۶- از بیمار سوال شود که آیا این علائم به دنبال احتباس ادراری، یبوست، سوختگی، لباس تنگ، فرورفتن ناخن ایجاد شده است؟</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>نام سیستم</th> <th>علل ایجاد کننده</th> <th>علائم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>سیستم ادراری</td> <td>احتباس ادرار (به علت گرفتگی یا انسداد سوند فولی)</td> <td>-سردرد شدید -افزایش فشار خون گذرا -گرگرفتگی</td> </tr> <tr> <td>سیستم گوارش</td> <td>یبوست هموروئید، شقاق مقعد درد حاد شکمی مثل آپاندیسیت و...</td> <td>-سیخ شدن موها -احتقان بینی -اضطراب -تپش قلب</td> </tr> <tr> <td>پوست</td> <td>فرورفتن ناخن یا سوختگی پوست در اثر تماس با مواد داغ لباس تنگ زخم فشاری بریدگی یا تماس با اجسام تیز گزش حشرات</td> <td>-احساس تنگی در قفسه سینه -تقریق بالای سطح آسیب -رنگ پریدگی و سردی پوست زیرسطح آسیب -تشنج -کاهش ضربان نبض</td> </tr> <tr> <td>سیستم تولید مثل</td> <td>قاعدگی بارداری ارتباط جنسی عفونت ها</td> <td></td> </tr> <tr> <td>سیستم تنفسی</td> <td>میوولی ریه</td> <td></td> </tr> <tr> <td>سایر</td> <td>شکستگی / زخم تشخیص داده نشده مصرف بعضی داروها اسپاسم عضلانی قرار گرفتن در معرض آب سرد (استخر، حمام)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	نام سیستم	علل ایجاد کننده	علائم	سیستم ادراری	احتباس ادرار (به علت گرفتگی یا انسداد سوند فولی)	-سردرد شدید -افزایش فشار خون گذرا -گرگرفتگی	سیستم گوارش	یبوست هموروئید، شقاق مقعد درد حاد شکمی مثل آپاندیسیت و...	-سیخ شدن موها -احتقان بینی -اضطراب -تپش قلب	پوست	فرورفتن ناخن یا سوختگی پوست در اثر تماس با مواد داغ لباس تنگ زخم فشاری بریدگی یا تماس با اجسام تیز گزش حشرات	-احساس تنگی در قفسه سینه -تقریق بالای سطح آسیب -رنگ پریدگی و سردی پوست زیرسطح آسیب -تشنج -کاهش ضربان نبض	سیستم تولید مثل	قاعدگی بارداری ارتباط جنسی عفونت ها		سیستم تنفسی	میوولی ریه		سایر	شکستگی / زخم تشخیص داده نشده مصرف بعضی داروها اسپاسم عضلانی قرار گرفتن در معرض آب سرد (استخر، حمام)	
نام سیستم	علل ایجاد کننده	علائم																				
سیستم ادراری	احتباس ادرار (به علت گرفتگی یا انسداد سوند فولی)	-سردرد شدید -افزایش فشار خون گذرا -گرگرفتگی																				
سیستم گوارش	یبوست هموروئید، شقاق مقعد درد حاد شکمی مثل آپاندیسیت و...	-سیخ شدن موها -احتقان بینی -اضطراب -تپش قلب																				
پوست	فرورفتن ناخن یا سوختگی پوست در اثر تماس با مواد داغ لباس تنگ زخم فشاری بریدگی یا تماس با اجسام تیز گزش حشرات	-احساس تنگی در قفسه سینه -تقریق بالای سطح آسیب -رنگ پریدگی و سردی پوست زیرسطح آسیب -تشنج -کاهش ضربان نبض																				
سیستم تولید مثل	قاعدگی بارداری ارتباط جنسی عفونت ها																					
سیستم تنفسی	میوولی ریه																					
سایر	شکستگی / زخم تشخیص داده نشده مصرف بعضی داروها اسپاسم عضلانی قرار گرفتن در معرض آب سرد (استخر، حمام)																					
<p>ت-۲-۲ بیمار چند بار این وضعیت را تجربه کرده است؟ بار</p>																						
<p>ت-۲-۳ برای هر بار تجربه اتونومیک دیس رفلکسی سوالات ذیل تکمیل شود:</p> <p>- علت ایجاد کننده:</p> <p>- علامت اصلی و مهم:</p>																						

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

ت-۳-۳- آیا زخم فشاری درمان جراحی شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامعلوم ت-۳-۳- اگر پاسخ "بلی" است تاریخ جراحی را مشخص کنید. / /	ت-۳- آیا بیمار در طول یکسال گذشته دچار زخم فشاری شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی ت-۳-۱ در صورت وجود زخم فشاری، به تعداد زخم های موجود، فرم مشخصات زخم تکمیل شود.
ت-۵- آیا بعد از آخرین ارتباط با ما در مراکز توانبخشی بستری شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی طول مدت اقامت روز	ت-۴- آیا بیمار بعد از فاز حاد، بستری مجدد در بیمارستان داشته است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی ت-۴-۱ در صورت بستری مجدد، تعداد دفعات بستری: ت-۴-۲ به تعداد موارد بستری مجدد، تاریخ حدودی و علت بستری مشخص شود. تاریخ بستری / / علت بستری مشخص شود

F- Pain

ت-۶- ارزیابی درد

ت-۶-۱- اگر پاسخ "بلی" است، جدول مشخصات شدیدترین دردهای تجربه شده مربوط به سه درد اول تکمیل شود.	ت-۶- آیا بیمار در حال حاضر درد دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
---	--

جدول مشخصات اولین درد وخیم تجربه شده

موضع درد	شدت درد (از ۰ تا ۱۰)			تاریخ حدودی وقوع درد	کد نوع درد	جهت		
	بلی	خیر	نامعلوم			پشت	وسط	پیش
سر				/ /				
گردن/شانه				/ /				
حلق								
گردن								
شانه								
بازو/ دست ها				/ /				
بازو								
آرنج								
ساعد								
مچ دست								
دست / انگشتان								
سینه / ناحیه تناسلی				/ /				
فقسه سینه								
شکم								
لگن / ناحیه تناسلی								
کمر و پشت				/ /				
ناحیه فوقانی								
ناحیه تحتانی								
لگن / باسن				/ /				
باسن								
لگن								
ناحیه آنال								
ران				/ /				

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

خبر									
بله		/ /							ساق پا و پا
خبر									زانو
									ساق پا
									عضله ساق پا
									مچ پا
									پا/ انگشتان

کد نوع درد:

- ۱- درد نوسیسپتیو ○ الف- عضلانی اسکلتی ب- احشایی ج- سایر دردهای نوسیسپتیو
 ۲- درد نوروپاتیک ○ د- در سطح ضایعه ه- زیر سطح ضایعه و- سایر دردهای نوروپاتیک ۳- سایر ۴- نامعلوم

G- Environment modification and assistant equipment

د- دسترسی به تجهیزات کمکی و متناسب سازی

د-۱- آیا بیمار ویلچر استفاده می کند؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت پاسخ مثبت، نوع ویلچر مورد استفاده: <input type="radio"/> برقی <input type="radio"/> معمولی <input type="radio"/> سایر	د-۴-۱ آیا بیمار/خانواده بیمار مالک منزل می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر، مستاجر می باشند <input type="checkbox"/> بلی
د-۳- خودرو شخصی دارد یا خیر؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	د-۴-۲ آیا متناسب سازی منزل انجام شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
د-۳-۱ متناسب سازی شده است یا خیر؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	د-۴-۳ اگر پاسخ مثبت است نوع متناسب سازی ها: <input type="checkbox"/> رمپ (مسیر شیب دار) به درب ورودی <input type="checkbox"/> حذف پستی و بلندی ها در محل اقامت <input type="checkbox"/> گسترش درب/ درب ها به نحوی که ویلچر از آن عبور کند <input type="checkbox"/> آسانسور <input type="checkbox"/> تغییرات در آشپزخانه <input type="checkbox"/> نصب میله ی دستگیر در توالت و حمام

<p>۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰</p>	<p>ذ-رضایت بیمار از کیفیت مراقبت های فعلی از صفر تا ۱۰ چقدر است؟</p>
-----------------------------	---

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

س- کیفیت زندگی فرد (این بخش می تواند توسط خود بیمار تکمیل شود) دقت شود که به همه سوالات پاسخ داده شود.

Q – Quality of Life (Validated Persian Version of SCIQL-23)

الف- عبارات زیر در مورد محدودیت‌های ایجاد شده در کارکرد جسمی و اجتماعی ناشی از ضایعه نخاعی می‌باشد که برای شما به وجود آمده است. لطفاً در مورد هر عبارت، گزینه‌ای را انتخاب کنید که مطمئن هستید **حال کنونی** شما را توصیف می‌کند و با وضعیت سلامتی شما تطبیق دارد.

۱. در فعالیتهای اجتماعی دسته جمعی کمتر شرکت می‌کنم.

(۱) به هیچ وجه (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب اوقات (۴) همیشه

۲. فقط با کمک دیگران می توانم لباس می پوشم.

(۱) به هیچ وجه (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب اوقات (۴) همیشه

۳. از ساختمان محل زندگی خود بیرون نمی روم.

(۱) به هیچ وجه (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب اوقات (۴) همیشه

۴. فعالیت/ارتباط زناشویی من کم شده است.

(۱) به هیچ وجه (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب اوقات (۴) همیشه

۵. برای دیدن مردم، کمتر بیرون می روم.

(۱) به هیچ وجه (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب اوقات (۴) همیشه

۶. به تنهایی نمی توانم به رختخواب رفته یا از آن خارج شوم یا بر روی صندلی بنشینم از آن بلند شوم؛ بلکه با کمک فردی دیگریا وسیله‌ای مکانیکی این کار را انجام می دهم.

(۱) به هیچ وجه (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب اوقات (۴) همیشه

۷. اکثر اوقات در خانه می مانم.

(۱) به هیچ وجه (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب اوقات (۴) همیشه

۸. بیشتر اوقات در رختخواب می مانم.

(۱) به هیچ وجه (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب اوقات (۴) همیشه

۹. طول مدت دیدار با دوستانم را کمتر کرده‌ام.

(۱) به هیچ وجه (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب اوقات (۴) همیشه

۱۰. به تنهایی نمی توانم حرکات دشوار را انجام دهم، مثلاً سوار شدن به ماشینیا پیاده شدن از آن، وارد شدن به وان حمام یا خارج شدن از آن.

(۱) به هیچ وجه (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب اوقات (۴) همیشه

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

ب-- این بخش به بررسی چگونگی احساس شما اختصاص دارد. عبارات زیر را بخوانید و آنگاه با توجه به احساسی که در یک ماه گذشته تا به حال داشتید، پاسخ بدهید. برای پاسخ دادن وقت زیادی تلف نکنید. واکنش فوری شما نسبت به هر عبارت، احتمالاً دقیق تر از پاسخی خواهد بود که با فکر زیاد همراه است.

۱. من سعی میکنم از همه چیز لذت ببرم.

(۱) دقیقاً به مانند گذشته (۲) کمی کمتر از گذشته (۳) خیلی کمتر از گذشته (۴) خیلی بندرت یا هیچ وقت

۲. می توانم بخندم و جنبه ی خنده دار مسایل را ببینم.

(۱) دقیقاً به مانند گذشته (۲) کمی کمتر از گذشته (۳) خیلی کمتر از گذشته (۴) خیلی بندرت یا هیچ وقت

۳. من دیگر به ظاهر اهمیت نمی دهم.

(۱) دقیقاً به مانند گذشته (۲) کمی کمتر از گذشته (۳) خیلی کمتر از گذشته (۴) خیلی بندرت یا هیچ وقت

۴. احساس خوشحالی می کنم.

(۱) دقیقاً به مانند گذشته (۲) کمی کمتر از گذشته (۳) خیلی کمتر از گذشته (۴) خیلی بندرت یا هیچ وقت

۵. از چیزهایی که قبلاً لذت می بردم هنوز هم لذت می برم.

(۱) دقیقاً به مانند گذشته (۲) کمی کمتر از گذشته (۳) خیلی کمتر از گذشته (۴) خیلی بندرت یا هیچ وقت

۶. احساس می کنم که کُند شده ام و به سرعت سابق نیستم.

(۱) دقیقاً به مانند گذشته (۲) کمی کمتر از گذشته (۳) خیلی کمتر از گذشته (۴) خیلی بندرت یا هیچ وقت

ج- در این بخش، عباراتی در مورد مشکلات مرتبط با ضایعه نخاعی برایتان مطرح می شود. لطفاً با انتخاب گزینه مناسب مشخص کنید که در مورد هر عبارت، چقدر متحمل سختی می شوید.

۱. وضعیت فعلی راه رفتن و حرکت شما، چقدر برایتان مشکل است؟

(۱) خیلی زیاد مشکل است (۲) زیاد (۳) کم (۴) مشکلی ندارم

۲. نیاز شما به کمک دیگران برای انجام کارها، چقدر برایتان مشکل است؟

(۱) خیلی زیاد مشکل است (۲) زیاد (۳) کم (۴) مشکلی ندارم

۳. محدودیت توانایی شما در انجام کارهایی که می خواهید انجام دهید، چقدر برایتان مشکل است؟

(۱) خیلی زیاد مشکل است (۲) زیاد (۳) کم (۴) مشکلی ندارم

۴. اینکه در جمع دیده بشوید و نتوانید خود را از دید دیگران پنهان کنید، چقدر برایتان مشکل است؟

(۱) خیلی زیاد مشکل است (۲) زیاد (۳) کم (۴) مشکلی ندارم

۵. وضعیت گوارشی شما (وضعیت دفع)، چقدر برایتان مشکل است؟

(۱) خیلی زیاد مشکل است (۲) زیاد (۳) کم (۴) مشکلی ندارم

۶. تحمل مقدار دردی که دارید، چقدر برای شما مشکل است؟

(۱) خیلی زیاد مشکل است (۲) زیاد (۳) کم (۴) مشکلی ندارم

۷. به طور کلی، وضعیت زندگی خود را چطور می بینید؟

(۱) بسیار ناراضی ام (۲) ناراضی ام (۳) راضی ام (۴) بسیار راضی ام

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

R-Independence measure (SCIM-III)

ش- وضعیت استقلال عملکردی برای انجام فعالیت های روزانه زندگی

مراقبت از خود:

۱) غذا خوردن (توانایی در تکه تکه کردن غذا، بازکردن در ظروف، ریختن مایعات از ظرفی به طرف دیگر، به دهان بردن غذا، در دست نگه داشتن فنجان محتوی مایعات)

- ۰- نیازمند به تغذیه وریدی، گاستروستومی یا تغذیه دهانی با کمک کامل دیگران است.
- ۱- نیازمند به کمک نسبی برای خوردن و/ یا آشامیدن، یا برای استفاده از وسایل انطباقی است که به همراه دارد.
- ۲- بی نیاز از کمک دیگران برای خوردن است؛ نیازمند به وسایل انطباقی با کمک دیگران فقط برای تکه تکه کردن غذا و/ یا ریختن مایعات از ظرفی به طرف دیگر و/ یا برای بازکردن در ظروف است.
- ۳- بی نیاز از کمک دیگران برای خوردن و آشامیدن است؛ بی نیاز از کمک دیگران یا وسایل انطباقی است.

۲) استحمام (صابون زدن، شست و شو، خشک کردن سرو بدن، تنظیم شیرهای آب گرم و سرد) الف- بالاتنه؛ ب- پایین تنه

جمع نمرات پایین تنه و بالاتنه

الف- بالاتنه

- ۰- نیازمند کمک کامل دیگران است.
- ۱- نیازمند به کمک نسبی دیگران است.
- ۲- بی نیاز از وسایل انطباقی یا محیط خاص (برای مثال صندلی، میله ی دستگیر) برای استحمام است.
- ۳- بی نیاز از کمک دیگران براس استحمام است؛ بی نیاز از وسایل انطباقی با محیط خاص (یعنی محیطی متفاوت از محیطی که افراد سالم از آن استفاده می کنند) (وامخ) است.

ب- پایین تنه

- ۰- نیازمند کمک کامل دیگران است.
- ۱- نیازمند به کمک نسبی دیگران است.
- ۲- بی نیاز از وسایل انطباقی یا محیط خاص برای استحمام است.
- ۳- بی نیاز از کمک دیگران برای استحمام است؛ بی نیاز از وسایل انطباقی با محیط خاص (وامخ) است.

۳) پوشیدن (پوشاک، کفش و ارتزهای دائمی؛ به تن کردن، به تن داشتن؛ از تن درآوردن) الف- بالاتنه؛ ب- پایین تنه

جمع نمرات پایین تنه و بالاتنه

الف- بالاتنه

- ۰- نیازمند کمک کامل دیگران است.
- ۱- نیازمند به کمک نسبی دیگران برای پوشیدن پوشاک بی دکمه، زیپ یا بند است (پبیدزب).
- ۲- بی نیاز از کمک دیگران برای پوشیدن (پبیدزب) است؛ نیازمند به وسایل انطباقی و/ یا محیط خاص است (وامخ)
- ۳- بی نیاز از کمک دیگران برای پوشیدن (پبیدزب) است؛ بی نیاز از وامخ است؛ نیازمند به کمک دیگران یا وامخ برای پوشیدن پوشاک دارای دکمه، زیپ و بند (دزب) است.
- ۴- بی نیاز از کمک دیگران برای پوشیدن (هر پوشاکی) است؛ بی نیاز از وسایل انطباقی با محیط خاص است.

ب- پایین تنه

- ۰- نیازمند کمک کامل دیگران است.
- ۱- نیازمند به کمک نسبی دیگران برای پوشیدن پوشاک بی دکمه، زیپ یا بند است (پبیدزب).
- ۲- بی نیاز از کمک دیگران برای پوشیدن (پبیدزب) است؛ نیازمند به وسایل انطباقی و/ یا محیط خاص است (وامخ)
- ۳- بی نیاز از کمک دیگران برای پوشیدن (پبیدزب) است؛ بی نیاز از وامخ است؛ نیازمند به کمک دیگران یا وامخ برای پوشیدن پوشاک دارای دکمه، زیپ و بند (دزب) است.
- ۴- بی نیاز از کمک دیگران برای پوشیدن (هر پوشاکی) است؛ بی نیاز از وسایل انطباقی با محیط خاص است.

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

۴) رسیدگی به وضع ظاهری (شست و شوی دست و صورت، مسواک دندانها، شانه کردن موها، اصلاح صورت، آرایش چهره)

- ۰- نیازمند کمک کامل دیگران است.
- ۱- نیازمند به کمک نسبی دیگران است.
- ۲- به طور مستقل با استفاده از وسایل انطباقی به سر و وضع خود می رسد.
- ۳- به طور مستقل بدون استفاده از وسایل انطباقی به سر و وضع خود می رسد.

جمع نمرات بخش مراقبت از خود (حداکثر ۲۰- حداقل ۰-)

تنفس و نحوه برخورد با مساله اسفنکتر

۵) تنفس

- ۰- نیازمند به لوله تراشه (TT) و استفاده از هوارسانی دائم یا استفاده از هوارسانی متناوب (IAV) است.
- ۲- بطور مستقل با TT تنفس می کند؛ نیازمند به اکسیژن، کمک رسانی زیاد در هنگام سرفه کردن یا هنگام تنظیم و اداره ی TT است.
- ۴- بطور مستقل با TT تنفس می کند؛ نیازمند به کمک رسانی کم در هنگام سرفه کردن و در هنگام تنظیم و اداره ی TT است.
- ۶- بطور مستقل بدون TT تنفس می کند؛ نیازمند به اکسیژن، کمک رسانی زیاد در هنگام سرفه کردن، به استفاده از ماسک (برای مثال peep) یا IAV (bipap) است.
- ۸- بطور مستقل بدون TT تنفس می کند؛ نیازمند به کمک رسانی کم یا تحریک برای سرفه کردن است.
- ۱۰- بطور مستقل بدون کمک رسانی با وسایل کمکی تنفس می کند.

۶) نحوه برخورد با مساله اسفنکتر مثانه

- ۰- از سوند دائمی/ درونی استفاده می کند.
- ۳- حجم ادرار باقی مانده (RUV) < 100 سی سی است؛ از سوند گذاری عادی استفاده نمی شود یا سوند گذاری متناوب به کمک دیگران انجام می شود.
- ۶- $RUV > 100$ سی سی است یا سوند گذاری متناوب توسط خود فرد انجام می شود؛ نیازمند به کمک رسانی برای بکارگیری وسیله تخلیه ی ادرار است.
- ۹- سوند گذاری متناوب توسط خود فرد انجام می گیرد؛ از وسیله تخلیه ادرار خارجی (مانند سوند کاننومی، پوشک، نوار بهداشتی) استفاده می کند؛ برای بکارگیری آن بی نیاز از کمک دیگران است.
- ۱۱- سوند گذاری متناوب توسط خود فرد انجام می گیرد؛ بین دفعات سوند گذاری اختیاری وجود دارد؛ از وسیله تخلیه ادرار خارجی استفاده نمی کند.
- ۱۳- $RUV > 100$ سی سی است؛ صرفا نیازمند به استفاده از وسیله تخلیه ادرار خارجی است؛ برای تخلیه ادرار بی نیاز از کمک دیگران برای تخلیه ادرار است.
- ۱۵- $RUV > 100$ سی سی است؛ اختیار ادراری وجود دارد؛ از وسیله تخلیه ادرار خارجی استفاده نمی کند.

۷) نحوه برخورد با مساله اسفنکتر روده

- ۰- دفع مدفوع در زمان های نامعین یا دیر به دیر انجام می شود (کمتر از یکبار در سه روز)
- ۵- دفع مدفوع در زمان های معین انجام می گیرد ولی فرد نیازمند به کمک دیگران است (بطور مثال برای بکارگیری شیاف)؛ خروج بی اختیار مدفوع به ندرت اتفاق می افتد (کمتر از دو بار در ماه)
- ۸- دفع مدفوع در زمان های معین انجام می گیرد و فرد بی نیاز از کمک دیگران است ؛ خروج بی اختیار مدفوع به ندرت اتفاق می افتد (کمتر از دو بار در ماه)
- ۱۰- دفع مدفوع در زمان های معین انجام می گیرد و فرد بی نیاز از کمک دیگران است. و خروج بی اختیار مدفوع اتفاق نمی افتد.

۸) استفاده از توالت (بهداشت میاندوره- مرتب کردن لباس پیش و پس از رفتن به توالت، استفاده از نوار بهداشتی یا پوشک)

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

- ۰- نیازمند به کمک کامل دیگران است.
- ۱- نیازمند به کمک نسبی دیگران است؛ خود را نمی تواند تمیز کند.
- ۲- نیازمند به کمک نسبی دیگران است؛ بی نیاز از کمک دیگران خود را تمیز می کند.
- ۴- به طور مستقل همه کارهای مرتبط با توالیت را انجام می دهد اما نیازمند به وسایل انطباقی یا محیط خاص (برای مثال، میله ی دستگیر) است.
- ۵- به طور مستقل از توالیت استفاده می کند؛ بی نیاز از وسایل انطباقی یا محیط خاص است.

جمع نمرات بخش تنفس و مراقبت از اسفنکتر (حداکثر ۴۰- حداقل ۰-)

تحرک (اتاق و توالیت)

۹) تحرک در بستر و اعمال لازم برای جلوگیری از زخم فشاری

- ۰- نیازمند به کمک دیگران در انجام دادن همه ی فعالیت هاست؛ چرخاندن بالاتنه در بستر، چرخاندن پایین تنه در بستر، به حالت نشسته در بستر درآمدن، بالا و پایین آوردن تنه با کمک اندام های فوقانی در صندلی چرخدار، چه با و چه بدون / وسایل انطباقی، اما نه با وسایل کمکی الکتریکی
- ۲- یکی از فعالیت های بالا را بدون کمک دیگران انجام دهد.
- ۴- دو یا سه مورد از فعالیت های بالا را بدون کمک دیگران انجام می دهد.
- ۶- تمام حرکات مربوط به بستر و فعالیت های لازم برای رفع فشار را بطور مستقل انجام می دهد.

۱۰) جابه جا شدن از بستر به صندلی چرخدار (قفل کردن صندلی چرخدار، بلند کردن جاپایی، برداشتن و تنظیم دسته های صندلی، جابه جا شدن، بلند کردن پاها)

- ۰- به کمک کامل نیاز دارد.
- ۱- نیازمند به کمک نسبی و / یا نظارت دیگران، و / یا وسایل انطباقی (برای مثال تخته جابجایی) است.
- ۲- مستقل است (یا بی نیاز از صندلی چرخدار است).

۱۱) جابه جا شدن از صندلی چرخدار، توالیت و وان حمام (در صورت استفاده از صندلی چرخدار ویژه توالیت؛ جابه جایی ها به / از صندلی چرخدار، در صورت استفاده از صندلی چرخدار معمولی؛ قفل کردن صندلی چرخدار، بلند کردن جاپایی، برداشتن و تنظیم دسته های صندلی، جابه جا شدن، بلند کردن پاها)

- ۰- نیازمند به کمک کامل دیگران است.
- ۱- نیازمند به کمک نسبی و / یا نظارت دیگران، و / یا وسایل انطباقی (برای مثال، میله دستگیر) است.
- ۲- مستقل است (یا بی نیاز از صندلی چرخدار است).

تحرک (درون و بیرون از منزل، بر سطح هموار)

۱۲) حرکت (درون منزل)

- ۰- نیازمند به کمک کامل دیگران است.
- ۱- نیازمند به صندلی چرخدار برقی یا نیازمند به کمک نسبی دیگران برای راه بردن صندلی چرخدار دستی است.
- ۲- به طور مستقل با صندلی چرخدار دستی حرکت می کند.
- ۳- نیازمند به نظارت در هنگام راه رفتن (با یا بدون وسایل) است.
- ۴- با استفاده از واکر یا کراچ راه می رود (تاب دادن).
- ۵- با استفاده از کراچ یا دو عصا راه می رود (راه رفتن با حرکت متقابل پاها).
- ۶- با یک عصا راه می رود.
- ۷- فقط نیازمند به ارتز پاست.

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

○ ۸- بدون وسایل کمکی مربوط به راه رفتن راه می رود.

۱۳- حرکت برای فواصل متوسط (۱۰۰-۱۰ متر)

○ ۰- نیازمند به کمک کامل دیگران است.

○ ۱- نیازمند به صندلی چرخدار برقی یا نیازمند به کمک نسبی دیگران برای راه بردن صندلی چرخدار دستی است.

○ ۲- به طور مستقل با صندلی چرخدار دستی حرکت می کند.

○ ۳- نیازمند به نظارت در هنگام راه رفتن (با یا بدون وسایل) است.

○ ۴- با استفاده از واکر یا کراچ راه می رود (تاب دادن).

○ ۵- با استفاده از کراچ یا دو عصا راه می رود (راه رفتن با حرکت متقابل پاها).

○ ۶- با یک عصا راه می رود.

○ ۷- فقط نیازمند به ارتز پاست.

○ ۸- بدون وسایل کمکی مربوط به راه رفتن راه می رود.

۱۴) جابه جایی خارج از محیط منزل (بیش از ۱۰۰ متر)

○ ۰- نیازمند به کمک کامل دیگران است.

○ ۱- نیازمند به صندلی چرخدار برقی یا نیازمند به کمک نسبی دیگران برای راه بردن صندلی چرخدار دستی است.

○ ۲- به طور مستقل با صندلی چرخدار دستی حرکت می کند.

○ ۳- نیازمند به نظارت در هنگام راه رفتن (با یا بدون وسایل) است.

○ ۴- با استفاده از واکر یا کراچ راه می رود (تاب دادن)

○ ۵- با استفاده از کراچ یا دو عصا راه می رود (راه رفتن با حرکت متقابل پاها)

○ ۶- با یک عصا راه می رود.

○ ۷- فقط نیازمند به ارتز پاست.

○ ۸- بدون وسایل کمکی مربوط به راه رفتن راه می رود.

۱۵) بالا رفتن و پایین آمدن از پلکان

○ ۰- نمی تواند از پله ها بالا و پایین برود.

○ ۱- با کمک یا نظارت فرد دیگر دست کم ۳ پله را بالا و پایین می رود.

○ ۲- با کمک نرده و یا کراچ یا عصا دست کم ۳ پله را بالا و پایین می رود.

○ ۳- بدون هیچ گونه کمک یا نظارتی دست کم ۳ پله را بالا یا پایین می رود.

○ ۱۶- جابه جا شدن بین صندلی چرخدار و خودرو (نزدیک شدن به خودرو، قفل کردن صندلی چرخدار، برداشتن دسته های صندلی و جابایی، جابه جا شدن به دورن و بیرون از خودرو، قراردادن صندلی چرخدار به داخل خودرو و خارج کردن از آن)

○ ۰- نیازمند به کمک کامل دیگران است.

○ ۱- نیازمند به کمک نسبی و / با نظارت و / با وسایل انطباقی است.

○ ۲- به طور مستقل جابه جا می شود، بی نیاز از وسایل انطباقی است (و یا بی نیاز از صندلی چرخدار است)

۱۷) جابه جا شدن از زمین به صندلی چرخدار

○ ۰- نیازمند کمک دیگران است.

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

۱- بطور مستقل یا با بدون استفاده از وسایل انطباقی جابه جا می شود (یا بی نیاز از صندلی چرخدار است) ○

جمع نمرات بخش تحرک (حداکثر ۴۰-حداقل ۰)

امتیاز کل: (۱۰۰-۰)

--	--	--	--	--	--

ل- بار مسئولیت مراقب اصلی بیمار - CBS² - یک سال پس از آسیب (سوالات توسط مراقب اصلی پاسخ داده شود):

مراقبت اصلی بیمار چه نسبتی با او دارد؟ ○ پدر/مادر ○ همسر ○ خواهر/برادر ○ فرزند ○ سایر
تنش عمومی
۱. آیا در مراقبت از خویشاوندتان، تا کنون با مشکلاتی عملی روبرو شده اید که حل آن برایتان دشوار باشد؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۲. آیا فکر می کنید به خاطر رفاه خویشاوندتان، باید مسئولیت بیش از حدی را به دوش بکشید؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۳. آیا گاهی اوقات احساس میکنید که تمایل دارید از تمامی شرایطی که در آن قرار گرفته اید فرار کنید؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۴. آیا احساس خستگی و فرسودگی می کنید؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۵. آیا احساس می کنید مشکل خویشاوندتان دست و پای شما را بسته است؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۶. آیا مراقبت از خویشاوندتان، شما را از نظر ذهنی و روحی خسته کرده است؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۷. آیا فکر می کنید بدلیل مراقبت از خویشاوندتان سلامتی خودتان به خطر افتاده است؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۸. آیا فکر می کنید وقت زیادی را با خویشاوندتان می گذرانید بطوریکه وقت کافی برای خودتان ندارید؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
انزوا
۹. آیا شما از دعوت کردن دوستان و آشنایان به منزل به خاطر مشکل خویشاوندتان خودداری می کنید؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۱۰. آیا زندگی اجتماعی شما، مثلا رابطه با خانواده و دوستانتان کمتر شده است ؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۱۱. آیا مشکل خویشاوندتان مانع از آن شده است تا آنه را که برای این مرحله از زندگیتان برنامه ریزی کرده بودید را انجام دهید؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
ناامیدی
۱۲. آیا حس می کنید زندگی با شما غیر منصفانه رفتار کرده است؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۱۳. آیا فکر می کنید که زندگی شما در این مرحله می توانست جور دیگری باشد؟ ○ به هیچ وجه ○ به ندرت ○ گاهی اوقات ○ بیشتر اوقات
۱۴. آیا به خاطر مشکل خویشاوندتان احساس تنهایی و انزوا می کنید؟

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

<input type="radio"/> به هیچ وجه <input type="radio"/> به ندرت <input type="radio"/> گاهی اوقات <input type="radio"/> بیشتر اوقات
۱۵. آیا مراقبت از خویشاوندتان، شما را از نظر جسمی خسته کرده است؟ <input type="radio"/> به هیچ وجه <input type="radio"/> به ندرت <input type="radio"/> گاهی اوقات <input type="radio"/> بیشتر اوقات
۱۶. آیا به خاطر مراقبت از خویشاوندتان متحمل هزینه های مالی زیادی شده اید؟ <input type="radio"/> به هیچ وجه <input type="radio"/> به ندرت <input type="radio"/> گاهی اوقات <input type="radio"/> بیشتر اوقات
درگیری عاطفی
۱۷. آیا گاهی اوقات از رفتار خویشاوندتان شرمند می شوید؟ <input type="radio"/> به هیچ وجه <input type="radio"/> به ندرت <input type="radio"/> گاهی اوقات <input type="radio"/> بیشتر اوقات
۱۸. آیا تاکنون احساس رنجش و عصبانیت نسبت به خویشاوندتان داشته اید؟ <input type="radio"/> به هیچ وجه <input type="radio"/> به ندرت <input type="radio"/> گاهی اوقات <input type="radio"/> بیشتر اوقات
۱۹. آیا رفتار خویشاوندتان تا بحال شما را دچار احساس خجالت زدگی کرده است؟ <input type="radio"/> به هیچ وجه <input type="radio"/> به ندرت <input type="radio"/> گاهی اوقات <input type="radio"/> بیشتر اوقات
محیط
۲۰. آیا محیط فیزیکی (مانند دستشویی، حمام، آشپزخانه)، شما را برای مراقبت از خویشاوندتان به زحمت انداخته است؟ <input type="radio"/> به هیچ وجه <input type="radio"/> به ندرت <input type="radio"/> گاهی اوقات <input type="radio"/> بیشتر اوقات
۲۱. آیا شما نگران هستید که بخوبی از خویشاوندتان مراقبت نمی کنید؟ <input type="radio"/> به هیچ وجه <input type="radio"/> به ندرت <input type="radio"/> گاهی اوقات <input type="radio"/> بیشتر اوقات
۲۲. آیا در محدوده منزل خویشاوندتان (مانند پارکینگ، راهرو، کوچه) موردی هست که مراقبت از وی را برایتان سخت و دردسر ساز کند؟ <input type="radio"/> به هیچ وجه <input type="radio"/> به ندرت <input type="radio"/> گاهی اوقات <input type="radio"/> بیشتر اوقات

ابزاری است که به طور ویژه تاثیر ذهنی بیماری های مزمن در زندگی مراقبان را می سنجد. این پرسشنامه شامل 22 سؤال است که در پنج حیطه ی: تنش عمومی 8 (سؤال)، انزوا 3 (سؤال)، ناامیدی 5 (سؤال)، درگیری عاطفی 3 (سؤال) و محیط 3 (سؤال) گروه بندی شده اند. هر سؤال دارای 4 پاسخ (به هیچ وجه، به ندرت، گاهی اوقات و بیشتر اوقات) با نمره بندی 1 تا 4 است. نمره بندی آن می تواند به صورت جدا از هم (تعیین نمره هر حیطه) یا به صورت کلی (نمره کل 22 سوال) باشد و می تواند بصورت نمره خام و یا میانگین سؤالات گزارش شود. نمره ی هر حیطه با محاسبه میانگین نمره سؤالات مربوط به آن حیطه محاسبه می شود و برای نمره کل مقیاس، میانگین کل نمرات 22 سوال را محاسبه می کنیم. می تواند بصورت نمره ی خام مقیاس در دامنه ی 22 تا 88 گزارش شود که نمرات بالاتر نشان دهنده ی تاثیر بیشتر بیماری روی زندگی مراقب و میزان بار بیشتر است.

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

S- Pressure Ulcer

ن- ارزیابی زخم فشاری

تاریخ وقوع زخم	موضع و مکان درگیر زخم فشاری	ناحیه پس سری	گوش	کتف و شانه	آرنج	دنده و پشت توراکس	زائده اسپینوس	ایلیاک کرست	ساکروم و خاجی	نشیمن گاهی برآمدگی استخوان	تروکانتر	ناحیه تناسلی	زانو	قوزک	پاشنه	پا	سایر مواضع
	سمت زخم ۱	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر
	درجه زخم ۱																
	سمت زخم ۲	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر
	درجه زخم ۲																
	سمت زخم ۳	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر	چ	ر
	درجه زخم ۳																

راهنمای تعیین درجه زخم در جدول

زخم درجه یک: قرمزی، بی رنگ شدن یا تیره شدن پوست ناحیه، از نظر سفتی یا دما در مقایسه با نواحی اطراف خود متفاوت باشد. با فشار بر روی این ناحیه، قرمزی باقی می ماند و به رنگ روشن یا رنگ سفید (بی رنگ) بر نمی گردد. این قرمزی بعد از برداشته شدن فشار از روی آن طی ۳۰ دقیقه محو می گردد.

زخم درجه دو: شکاف کم عمق در پوست، با ترشحات عفونی یا نشت مایعات

زخم درجه سه: عبور زخم از لایه درم و نفوذ به داخل بافت چربی زیرجلدی، بروز علائم عفونت (قرمزی در اطراف زخم، چرک، بوی بد، تب، یا ترشحات سبز رنگ) یا نکروز

زخم درجه چهار: نفوذ یا امتداد زخم به داخل عضله یا استخوان، نکروز و مرگ بافتی، ترشحات عفونی

فرم پیگیری بیمار با آسیب نخاعی

Neurological status according to ASIA

ارزیابی نورولوژیک

Patient Name _____

Examiner Name _____ Date/Time of Exam _____



STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY



MOTOR
KEY MUSCLES (scored on reverse side)

	R	L	
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow flexors
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wrist extensors
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow extensors
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger flexors (distal phalanx of middle finger)
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger abductors (little finger)
UPPER LIMB TOTAL (MAXIMUM)	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	(25) (25) (50)

Comments: _____

	R	L	
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hip flexors
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knee extensors
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle dorsiflexors
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Long toe extensors
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle plantar flexors
Voluntary anal contraction (Yes/No) <input type="checkbox"/>			
LOWER LIMB TOTAL (MAXIMUM)	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	(25) (25) (50)

SENSORY
KEY SENSORY POINTS

0 = absent
1 = impaired
2 = normal
NT = not testable

	R	L	
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S4-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TOTALS	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	= <input type="checkbox"/>	(50) (50) (100)

Any anal sensation (Yes/No)

PIN PRICK SCORE (max: 112)

LIGHT TOUCH SCORE (max: 112)

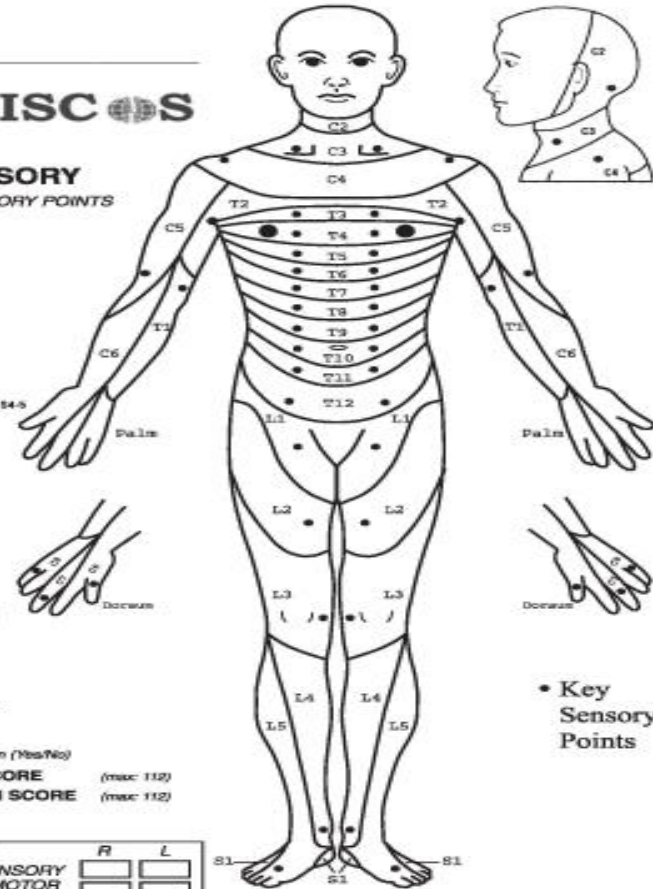
NEUROLOGICAL LEVEL
The most caudal segment with normal function

COMPLETE OR INCOMPLETE?
Incomplete = Any sensory or motor function in S4-S5

ASIA IMPAIRMENT SCALE

ZONE OF PARTIAL PRESERVATION
Caudal extent of partially innervated segments

SENSORY MOTOR



• Key Sensory Points