دانشگاه علوم پزشکی کردستان 1396

پرسشنامه ثبت سرطان کولورکتال

**بخش1: اطلاعات دموگرافیک**

1. **نام بیمار: ............................................**

**2-1** **کد ملی بیمار: ............................................**

**3-1** **جنسیت بیمار:**  **مرد 🞎 زن 🞎**

**4-1 تاریخ تولد بیمار: روز ...................... ماه ......................... سال.......................**

**5-1** **آیا بیمار حاصل تولد دوقلویی یا چندقلویی هستید؟**

1. **خیر** **🞎**
2. بله **🞎 در این صورت: دوقلوی همسان 🞎 دوقلوی غیرهمسان 🞎 سه قلو 🞎 بیشتر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**6-1** **وضعیت تاهل بیمار در حال حاضر:**

1. **مجرد 🞎**
2. **متاهل 🞎**
3. **مطلقه 🞎**
4. **بیوه 🞎**

7-1 **قومیت بیمار:** .....................................

**8-1** **مذهب بیمار :** .....................................

**9-1** **شهرستان محل تولد بیمار و والدین بیمار:** بیمار: ..................... پدر بیمار: ....................... مادر بیمار: ....................

**10-1** **در صورتی که بیمار در شهرهای مختلف سکونت داشته است در هر شهر چه مدت را سپری نموده است. لطفا در جدول زیر مشخص بفرمایید. ( شهرهای که حداقل یکسال سکونت داشته است. )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **شهر یا روستای محل سکونت** | **مدت زمان اقامت** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**11-1 سطح تحصیلات بیمار و والدین بیمار:**

بیمار: ..................................... پدر بیمار: ................................... مادر بیمار: ..................................

**12-1 شغل بیمار در حال حاضر: .................................**

**13-1 سابقه شغلی بیمار را در جدول زیر مشخص بفرمایید: (مشاغلي که حداقل 6 ماه اشتغال داشته است)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **از سال** | **تا سال** | **عنوان در قیق شغل** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**14-1 آیا در مشاغل خود شیفت شب ( شب کاری ) داشته اید؟**

1. **بله ☐ در این صورت چند شیفت در ماه: ................................**
2. **خیر ☐**
3. **نمی دانم ☐**

**15-1 آیا سابقه اسارت در زندان را داشته اید؟**

1. **بله ☐ در این صورت چه مدت: ......................................**
2. **خیر ☐**
3. **نمی دانم ☐**

**16-1 آیا در منزلتان از سیستم wi-fi استفاده می کنید؟**

1. **بله ☐ ( چند ساعت در روز؟ ...................................... )**
2. **خیر ☐**
3. **نمی دانم ☐**

**بخش 2: ویژگیهای آنتروپومتریک**

**1-2 رتبه تولد بیمار در خانواده چندم است؟ .....................**

**2-2 قد بیمار: ............................. سانتی متر**

**3-2 وزن بیمار در حال حاضر: ................................ کیلوگرم**

**4-2 بیشترین وزن بیمار تا کنون چند کیلوگرم بوده است؟.................... کیلوگرم**

**5-2 بیمار در چه سنی بیشترین وزن را داشته است؟.................... سالگی**

بخش 3: تاریخچه پزشکی: تست های پزشکی

* + در این قسمت سوالاتی در مورد تست های پزشکی که انجام داده اید پرسیده می شود.

**ازمایش خون مخفی در مدفوع**

**1-3 آیا سابقه انجام ازمایش خون مخفی در مدفوع داشته اید؟ ( درصورت پاسخ خیر یا نمی دانم به سوال مراجعه نمایید. )**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-3 در هنگام انجام اولین آزمایش خون مخفی در مدفوع چند سال سن داشتید؟**

1. **................................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**3-3** **به چه دلیلی اولین آزمایش خون مخفی در مدفوع را انجام داده اید؟**

1. **برای بررسی وجود یک بیماری جدید**
2. **به دلیل داشتن سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال**
3. **برای انجام ازمایشات روتین سالیانه ( checkup )**
4. **برای پیگیری یک بیماری قدیمی**
5. **موارد دیگر: ..............................................**

**4-3** **نتیجه اولین آزمایش خون مخفی در مدفوع بیمار چه بود؟**

1. **مثبت 🞎**
2. **منفی 🞏**
3. **نامعلوم 🞎**

**5-3** **تا کنون چند بار آزمایش خون مخفی در مدفوع انجام داده اید؟ .......................... بار**

**6-3** **در صورتی که بیش از یکبار آزمایش خون مخفی در مدفوع را انجام داده اید، سن شما در زمان آخرین آزمایش چند سال بوده است؟**

1. **.................................. سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**7-3** **نتیجه آخرین آزمایش خون مخفی در مدفوع بیمار چه بود؟**

1. **مثبت** 🞏
2. **منفی** 🞏
3. **نامعلوم** 🞏

**سیگموئیدسکوپی**

**8-3** **آیا سابقه انجام سیگموئیدسکوپی داشته اید؟ ( درصورت پاسخ خیر یا نمی دانم به سوال 3-15 مراجعه بفرمایید. )**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**9-3** **در هنگام انجام اولین آزمایش ( سیگموئیدسکوپی ) چند سال سن داشتید؟**

1. **.................................. سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**10-3 به چه دلیلی اولین بار این آزمایش را انجام دادید؟**

1. **برای بررسی وجود یک بیماری جدید**
2. **به دلیل داشتن سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال**
3. **برای انجام ازمایشات روتین سالیانه ( check up )**
4. **برای پیگیری یک بیماری قدیمی**
5. **موارد دیگر:..............................................**

**11-3** **نتیجه اولین سیگموئیدسکوپی بیمار چه بود؟**

1. **مثبت 🞎**
2. **منفی 🞎**
3. **نامعلوم 🞎**

**12-3 تا کنون چند بار این آزمایش را انجام دادیده اید؟ .......................... بار**

**13-3** **در صورتی که بیش از یکبار این آزمایش را انجام داده اید، سن شما در زمان آخرین آزمایش چند سال بوده است؟**

1. **.................................. سال**
2. **نمی دانم ☐**

**14-3 نتیجه آخرین سیگموئیدسکوپی شما چه بود؟**

1. **مثبت 🞎**
2. **منفی 🞎**
3. **نامعلوم 🞎**

**کولونسکوپی**

**15-3 آیا سابقه انجام کولونسکوپی داشته اید؟ ( درصورت پاسخ خیر یا نمی دانم به سوالات بخش 4 بفرمایید. )**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**16-3 در هنگام انجام اولین آزمایش ( کولون سکوپی) چند سال سن داشتید؟**

1. **..................................................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**17-3 به چه دلیلی اولین بار این آزمایش را انجام دادید؟**

1. **برای بررسی وجود یک بیماری جدید**
2. **به دلیل داشتن سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال**
3. **برای انجام ازمایشات روتین سالیانه ( checkup )**
4. **برای پیگیری یک بیماری قدیمی**
5. **موارد دیگر:..............................................**

**18-3 نتیجه اولین کولونسکوپی شما چه بود؟**

1. **مثبت 🞎**
2. **منفی 🞎**

**19-3 تاکنون چند بار این آزمایش را انجام دادیده اید؟ .......................... بار**

**20-3 در صورتی که بیش از یکبار این آزمایش را انجام داده اید، سن شما در زمان آخرین آزمایش چند سال بوده است؟**

1. **…………. سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**21-3 نتیجه آخرین کولونسکوپی بیمار چه بود؟**

1. **مثبت 🞎**
2. **منفی 🞎**
3. **نامعلوم 🞎**

**بخش 4: تاریخچه پزشکی: پولیپ**

**1-4 آیا تاکنون پزشک به شما گفته است در روده بزرگ یا راست روده شما پولیپ وجود دارد؟ ( در صورت پاسخ خیر یا نمی دانم به سوالات قسمت 5 مراجعه بفرمایید).**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-4** **زمانی که برای اولین به شما گفته شد در روده شما پولیپ وجود دارد چند سال سن داشتید؟**

1. **.................................. سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**3-4 محل پولیپ ( Polyp Site ):**

1. **Cecum 🞎**
2. **Right colon 🞎**
3. **Left colon 🞎**
4. **Hepatic Flexure**
5. **🞎 Transverse colon**
6. **Splenic flexure 🞎**
7. **Sigmoid colon 🞎**
8. **Rectum 🞎**
9. **not specified 🞎**

**4-4** **نوع پولیپ ( Polyp Type ):**

1. **Flat**
2. **Pedunculate**
3. **Sessile**

**5-4 اندازه پولیپ ( Polyp Size ):**

1. **کمتر از یک** سانتیمتر **🞎**
2. **بزرگتر مساوی 1 سانتیمتر 🞎**

**6-4** **آیا شما سابقه خارج کردن پولیپ از روده داشته اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**7-4 در زمان اولین پولیپکتومی چند سال سن داشتید؟**

1. **........................................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**8-4 آیا بیش از یکبار اقدام به پولیپکتومی کرده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**9-4** **در زمان آخرین پولیپکتومی خود چند سال سن داشتید؟**

1. **................................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**10-4 آیا از بستگان درجه یک بیمار ( پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان ) مبتلا به پولیپ روده بوده اند؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**11-4 در صورتی که بستگان درجه یک بیمار به پولیپ روده مبتلا بوده اند لطفا جدول زیر را تکمیل بفرمایید.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سن تشخیص** | **تاریخ تشخیص** | **نسبت** |
|  |  | **پدر** |
|  |  | **مادر** |
|  |  | **خواهر** |
|  |  | **برادر** |
|  |  | **فرزندان** |

**12-4 آیا از بستگان درجه دو و یا سه بیمار به پولیپ روده مبتلا بوده اند؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**13-4 چند نفر از بستگان درجه دو و یا سه شما به پولیپ روده مبتلا بوده اند؟ .................. نفر**

**14-4 در صورتی که بستگان درجه دو و یا سه شما به پولیپ روده مبتلا بوده اند لطفا جدول زیر را تکمیل بفرمایید.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سن تشخیص** | **تاریخ تشخیص** | **نسبت** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**بخش 5: تاریخچه پزشکی: بیماریهای مرتبط**

|  |  |
| --- | --- |
| سن فرد در زمان تشخیص | بیماری |
| 1. **............................ سال** 2. **نمی دانم 🞎** | آیا تا کنون پزشک به شما گفته است به بیماریهای روده مبتلا هستید؟   1. **بله 🞎** 2. **خیر 🞎** 3. **نمی دانم 🞎** |

**8-5** **آیا تاکنون کل یا قسمتی از روده بزرگتان را برداشته اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**9-5** **در زمانی که برای اولین بار کل روده یا قسمتی از آنرا برداشتید چند سال سن داشتید؟**

1. **........................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**بخش 6: سابقه دیابت، کلسترول و تری گلیسرید**

**سابقه دیابت**

**1-6** **آیا تاکنون پزشک به شما گفته است مبتلا به بیماری دیابت هستید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-6** **زمانی که بیماری دیابت شما تشخیص داده شد چند سال سن داشتید؟**

1. **............................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**3-6** **آیا تاکنون برای کنترل بیماری دیابت دارو مصرف کرده اید؟**

1. **بله**  **☐** در این صورت کدام مورد مصرف شده است؟ قرص 🞎 انسولین 🞎 هردو 🞎 نمی دانم 🞎
2. **خیر** **☐**
3. **نمی دانم ☐**

**4-6 برای کنترل بیماری دیابت خود چند وقت یکبار قرص مصرف می کنید؟**

1. **......................... بار در روز**
2. **........................بار در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**5-6** **آیا مدت زمان مصرف قرص توسط شما، برای کنترل دیابت به دو سال گذشته برمی گردد؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**6-6** **در مجموع چه مدت است برای کنترل بیماری دیابت خود قرص مصرف می کنید؟**

1. **............................... سال و ....................... ماه**
2. **نمی دانم 🞎**

**7-6 برای کنترل بیماری دیابت خود چند وقت یکبار انسولین تزریق می کردید؟**

1. **.................................بار در روز**
2. ................................ بار در هفته
3. **نمی دانم 🞎**

**8-6 آیا مدت زمان تزریق انسولین توسط شما، برای کنترل دیابت به دو سال گذشته برمی گردد؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر** **🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**9-6 در مجموع چه مدت است برای کنترل بیماری دیابت خود انسولین تزریق می کنید؟**

1. **.................................. ماه و ............................. سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**کلسترول**

**10-6 آیا تاکنون پزشک به شما گفته است مبتلا به کلسترول بالا هستید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**11-6 زمانی که پزشک برای اولین بار به شما گفت مبتلا به کلسترول بالا هستید، چند سال سن داشتید؟**

1. **....................................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**12-6 آیا تاکنون برای کنترل کلسترول بالای خود دارو مصرف کرده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**13-6 داروهای کنترل کننده کلسترول بالا را چند وقت یکبار مصرف می کردید؟**

1. **.......................... بار در روز**
2. **......................... بار در هفته**

**14-6 آیا مدت زمان مصرف دارو توسط شما، برای کنترل کلسترول بالا به دو سال گذشته برمی گردد؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**15-6 در مجموع چه مدت است برای کنترل کلسترول بالای خود دارو مصرف می کنید؟**

1. **..........................ماه و ...................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**تری گلیسرید**

**16-6 آیا تاکنون پزشک به شما گفته است مبتلا به تری گلیسرید بالا هستید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**17-6 زمانی که پزشک برای اولین بار به شما گفت مبتلا به تری گلیسرید بالا هستید، چند سال سن داشتید؟**

1. **........................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**18-6 آیا تاکنون برای کنترل تری گلیسرید بالای خود دارو مصرف کرده اید؟**

1. **بله** 🞎
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**19-6 داروهای کنترل کننده تری گلیسرید بالا را چند وقت یکبار مصرف می کردید؟**

1. **........................ بار در روز**
2. **....................... باردر هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

20-6 **آیا مدت زمان مصرف دارو توسط شما، برای کنترل تری گلیسرید بالا به دو سال گذشته برمی گردد؟**

1. **بله** 🞎
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**21-6 در مجموع چه مدت است برای کنترل تری گلیسرید بالای خود دارو مصرف می کنید؟**

1. **.............................. ماه و ........................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

بخش 7: سابقه قاعدگی، باروری و یائسگی

\* سوالات این قسمت مربوط به بیماران خانم می باشد.

**1-7 دوره قاعدگی**

**1-1-7 دوره قاعدگی شما در چه سنی شروع شد؟**

1. **........................ سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**
3. **هرگز دوره قاعدگی نداشتم 🞎**

**2-7 سابقه بارداری**

**1-2-7 آیا تاکنون سابقه بارداری داشته اید؟**

1. **بله 🞎 چند بار: ..........................**
2. **خیر 🞎**

**2-2-7 تاکنون چند بار حاملگی چندقلویی داشته اید؟**

1. **............................ بار**
2. **تاکنون حاملگی چندقلویی نداشتم 🞎**

**3-2-7** **تاکنون چند حاملگی شما 6 ماه یا بیشتر طول کشیده است؟**

1. **............................ بار**
2. **تاکنون حاملگی با طول دوره 6 ماه یا بیشتر نداشتم 🞎**

**4-2-7 تاکنون چند حاملگی شما منجر به تولد زنده شده است؟**

1. **............................ بار**
2. **تاکنون حاملگی منجر به تولد زنده نداشتم 🞎**

**5-2-7** **سن شما در زمان اولین حاملگی منجر به تولد زنده چند سال بوده است؟**

1. **............................ سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**6-2-7 سن شما در زمان آخرین حاملگی منجر به تولد زنده چند سال بوده است؟**

1. **............................ سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**3-7: داروهای پیشگیری از بارداری**

**1-3-7** **آیا تاکنون قرص های پیشگیری از بارداری یا دیگر روش های پیشگیری هورمونی ( کاشتنی یا تزریقی ) برای حداقل یکسال مصرف کرده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**

**2-3-7 در چه سنی برای اولین بار قرص های پیشگیری از بارداری یا دیگر روش های پیشگیری هورمونی استفاده کردید؟**

1. **............................ سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**

**3-3-7 آیا شما هنوز در طی دو سال گذشته از قرص های پیشگیری از بارداری یا دیگر روش های پیشگیری هورمونی استفاده کرده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم**  🞎

**4-3-7 در مجموع چند سال از قرص های پیشگیری از بارداری یا دیگر روش های پیشگیری هورمونی استفاده کرده اید؟**

1. **............................ سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**

**4-7: یائسگی**

**1-4-7 آیا در طی 12 ماه گذشته دچار قاعدگی شده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-4-7 آیا دوره قاعدگی شما به طور کامل قطع شده است یا به علت حاملگی، شیردهی یا شرایط دیگر موقتی است؟**

1. **به طور کامل قطع شده است 🞎**
2. **به علت شرایط دیگر قطع شده است 🞎**

**3-4-7 در چه سنی دوره قاعدگی شما به طور کامل قطع شد؟**

1. **............................ سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**

**4-4-7 به چه دلیل دوره قاعدگی شما به طور کامل قطع شد؟**

1. **یائسگی طبیعی 🞎**
2. **انجام جراحی های زنان و زایمان 🞎**
3. **رادیوتراپی یا شیمی درمانی 🞎 سن شما در زمان اولین رادیوتراپی یا شیمی درمانی چند سال بوده است؟ .................. سال**
4. **موارد دیگر: ( لطفا ذکر بفرمایید) ................................**
5. **نمی دانم 🞎**

**بخش 8: رژیم غذایی**

**1-8 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وقت یکبار یک تکه یا یک وعده میوه مصرف می کردید؟ ( یک وعده میوه یعنی: 1 میوه متوسط تازه- 2/1 فنجان میوه خرد شده، پخته و یا کنسروی- 4/1 فنجان میوه خشک- 1 لیوان آبمیوه )**

1. **...................... در روز**
2. **..................... در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-8 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وقت یکبار یک وعده سبزیجات مصرف می کردید؟ ( یک وعده میوه یعنی: 1 فنجان سبزیجات برگدار سبز- 2/1 فنجان سبزیجات از انواع دیگر به صورت خرد شده یا پخته - 1 لیوان سبزیجات)**

1. **...................... در روز**
2. **..................... در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**3-8 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده گوشت قرمز مصرف می کردید؟**

1. **...................... در روز**
2. **..................... در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**4-8 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده گوشت مرغ مصرف می کردید؟**

1. **...................... در روز**
2. **..................... در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**5-8 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده گوشت ماهی مصرف می کردید؟**

1. **...................... در هفته**
2. **..................... در ماه**
3. **نمی دانم 🞎**

**6-8 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده لبنیات مصرف می کردید؟**

1. **...................... در روز**
2. **..................... در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**7-8 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده فست فود ( (انواع ساندویچهاي سوسیس، کالباس،همبرگر، پیتزا، سمبوسه، فلافل و ... ) مصرف می کردید؟**

1. **...................... در هفته**
2. **..................... در ماه**
3. **نمی دانم 🞎**

**8-8 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده نوشیدنیهاي صنعتی (نوشابه گازدار، ماءالشعیر،آبمیوه صنعتی و ... ) به جز دوغ مصرف می کردید؟**

1. **...................... در روز**
2. **..................... در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**9-8 شما به طور معمول در طول روز چند لیوان آب مصرف می کنید؟**

1. **.................................... لیوان**
2. **نمی دانم 🞎**

**بخش 9: فعالیت بدنی**

|  |  |
| --- | --- |
| **فعالیت بدنی هنگام کار**  **در این بخش در مورد زمانی که فرد انواع فعالیت بدنی را در طول یک هفته معمولی انجام می دهد پرسش می شود.**  **در سوالات زیر، فعالیت بدنی با شدت زیاد آنهایی هستند که نیاز به تحرك جسمی زیادي دارند و موجب افزایش زیاد تعداد تنفس و ضربان قلب می شوند و فعالیت بدنی با شدت متوسط آنهایی هستند که تحرك جسمی متوسطی را طلب می کنند و موجب افزایش کمی در تعداد تنفس و ضربان قلب می شوند.** | |
| **در هنگام کار** | **پاسخ** |
| **1-9 آیا کار شما به نوعی است که شامل فعالیت با شدت زیاد (که حداقل 10 دقیقه به طور مداوم طول بکشد و موجب افزایش شدید تنفس و ضربان قلب شود.) می گردد؟**  **( مانند حمل بارهاي سنگین و کارهاي ساختمانی و حفاري)** | 1. **بله 🞎** 2. **خیر 🞎 ( به سوال 10-4 مراجعه نمایید. )** |
| **2-9 چند روز در طول یک هفته در هنگام کار ، فعالیت بدنی با شدت زیاد دارید؟** | **............................ روز** |
| **3-9 معمولاً در یکی از چنین روز/ روزها، چه مدت را به فعالیت بدنی با شدت زیاد می گذرانید؟**  **( اگر فرد چند روز در هفته فعالیت شدید دارد، تنها یکی از آنها را براي پاسخ به این سوال در نظر بگیرد. )** | **............................ساعت و ......................دقیقه** |
| **4-9 آیا کار شما به نوعی است که شامل فعالیت با شدت متوسط (که حداقل 10 دقیقه به طور مداوم طول بکشد و موجب افزایش اندك تنفس و ضربان قلب شود. ) میگردد**  **( مانند حمل بارهاي سبک، بالا رفتن مکرر از پله هاي کوتاه یا پیاده روي طولانی )** | 1. **بله 🞎** 2. **خیر 🞎 ( به سوال 10-7 مراجعه نمایید. )** |
| **5-9 چند روز در طول یک هفته در هنگام کار ، فعالیت بدنی با شدت متوسط دارید؟** | **............................ روز** |
| **6-9 معمولاً در یکی از چنین روز/ روزها، چه مدت را به فعالیت بدنی با شدت متوسط می گذرانید؟**  **( اگر فرد چند روز در هفته فعالیت متوسط دارد، تنها یکی از آنها را براي پاسخ به این سوال در نظر بگیرد. )** | **............................ساعت و ......................دقیقه** |

|  |  |
| --- | --- |
| **فعالیت بدنی هنگام رفت و آمد**  **این سوالات با پرسشهاي فوق که مربوط به فعالیت بدنی در هنگام کار بودند متفاوت می باشند و در مورد نحوه معمول تردد فرد است، براي مثال رفت و آمد به محل کار، فروشگاهها، مسجد و...** | |
| **در هنگام رفت و آمد** | **پاسخ** |
| **7-9 آیا براي رفت و آمد از پیاده روي یا دوچرخه سواري به شکلی که حداقل 10 دقیقه مداوم طول بکشد استفاده میکنید؟** | 1. **بله 🞎** 2. **خیر 🞎 ( به سوال 10-10 مراجعه نمایید. )** |
| **8-9** **چند روز در طول یک هفته معمولی براي رفت و آمد از پیاده روي یا دوچرخه سواري به شکلی که حداقل 10 دقیقه مداوم طول بکشد استفاده می کنید؟** | **............................ روز** |
| **9-9 معمولا" در یکی از این روز/ روزهاي ذکر شده چه مدت پیاده روي یا دوچرخه سواري می کنید؟** | **............................ساعت و ......................دقیقه** |

|  |  |
| --- | --- |
| **فعالیت بدنی هنگام تفریح و تفنن**  **این سوالات با پرسشهاي قبل که مربوط به فعالیت بدنی در هنگام کار و رفت و آمد بودند متفاوت است و در مورد فعالیتهایی هستند که براي تناسب اندام، ورزش و تفریح انجام میگیرند .** | |
| **در هنگام تفریح و تفنن** | **پاسخ** |
| **10-9 آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد که تنفس و ضربان قلب فرد را براي حداقل 10 دقیقه مداوم به شدت افزایش دهد (مثل بازي فوتبال، کوهنوردي و دو) انجام می دهید؟** | 1. **بله 🞎** 2. **خیر 🞎**  **(به سوال 10-13 مراجعه نمایید. )** |
| **11-9** **چند روز در طول یک هفته معمولی ورزش یا فعالیت تفریحی با شدت زیاد دارید؟** | **............................ روز** |
| **12-9** **معمولا"در یکی از این روز/ روزهاي ذکر شده چه مدت به فعالیت ورزشی یا تفریحی با شدت زیاد می پردازید.** | **............................ساعت و ......................دقیقه** |
| **13-9 آیا هیچگونه فعالیت ورزشی وتفریحی با شدت متوسط که تنفس و ضربان قلب فرد را براي حد اقل 10 دقیقه مداوم اندکی افزایش دهد (مثل پیاده روي تند، دوچرخه سواري، شنا و والیبال ) انجام می دهید؟** | 1. **بله 🞎** 2. **خیر 🞎 (به سوال 10-16 مراجعه نمایید. )** |
| **14-9** **چند روز در طول یک هفته معمولی ورزش یا فعالیت تفریحی با شدت متوسط دارید؟** | **............................ روز** |
| **15-9** **معمولا"در یکی از این روز/ روزهاي ذکر شده چه مدت به فعالیت ورزشی یا تفریحی با شدت متوسط می پردازید.** | **............................ساعت و ......................دقیقه** |

**بخش 10: سیگار**

|  |  |
| --- | --- |
| **مصرف سیگار** | **پاسخ** |
| **1-10 آیا در حال حاضر هر نوع سیگار (به شکل کارخانه اي، دست پیچ و یا سیگار برگ) مصرف می کنید؟** | 1. **بله 🞎 چند نخ در روز: .......................** 2. **خیر 🞎 ( به سوال 8-10 مراجعه نمایید. )** |
| **2-10 در چه سنی برای اولین بار مصرف سیگار را شروع کردید؟** | 1. **................... سالگی** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **3-10 در مجموع چند سال حداقل یک نخ سیگار در روز مصرف کرده اید؟** | 1. **.......................... سال** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **4-10 در چند سالگی آخرین بار مصرف سیگار را ترک کردید؟** | 1. **................... سالگی** 2. **نمی دانم** |
| **5-10 در مجموع چند بار برای ترک سیگار تلاش ناموفق داشتید؟** | 1. **................... بار** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **6-10 در یک هفته معمولی به طور متوسط چند روز ، فردی در خانه شما در حضورتان سیگار می کشد؟** | 1. **.................. روز** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **7-10 در یک هفته معمولی به طور متوسط چند روز ، فردی در مکانهای عمومی و اختصاصی در حضورتان سیگار می کشد؟** | 1. **................... روز** 2. **نمی دانم 🞎** |

|  |  |
| --- | --- |
| **مصرف پیپ یا چپق** | **پاسخ** |
| **8-10 آیا در حال حاضر پیپ یا چپق مصرف می کنید؟** | 1. **بله 🞎 چند بار در روز: ......................** 2. **خیر 🞎 ( به سوال 18-11 مراجعه نمایید. )** |
| **9-10 در چه سنی برای اولین بار مصرف یک پیپ یا چپق در روز را به مدت 3 ماه یا بیشتر را شروع کردید؟** | 1. **................... سالگی** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **10-10 در مجموع چند سال حداقل یک پیپ یا چپق در روز مصرف کرده اید؟** | 1. **.......................... سال** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **11-10 در چند سالگی آخرین بار مصرف پیپ یا چپق را ترک کردید؟** | 1. **................... سالگی** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **12-10 در مجموع چند بار برای ترک پیپ یا چپق تلاش ناموفق داشتید؟** | 1. **................... بار** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **13-10 آیا پیپ یا چپق را به همراه سیگار مصرف می** | 1. **بله 🞎** 2. **خیر 🞎** 3. **نمی دانم 🞎** |
| **14-10 در یک هفته معمولی به طور متوسط چند روز ، فردی در خانه شما در حضورتان پیپ یا چپق می کشد؟** | 1. **................... روز** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **مصرف قلیان** | **پاسخ** |
| **15-10 آیا در حال حاضر روزانه قلیان مصرف می کنید؟** | 1. **بله 🞎 به طور متوسط چند بار در روز: .........** 2. **خیر 🞎** |
| **16-10 در چه سنی برای اولین بار مصرف قلیان را شروع کردید؟** | 1. **................... سالگی** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **17-10 در مجموع چند سال، قلیان مصرف کرده اید؟** | 1. **.......................... سال** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **18-10 در چند سالگی آخرین بار مصرف قلیان را ترک کردید؟** | 1. **................... سالگی** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **19-10 در مجموع چند بار برای ترک قلیان تلاش ناموفق داشتید؟** | 1. **................... بار** 2. **نمی دانم 🞎** |
| **20-10 آیا قلیان را به همراه سیگار مصرف می کنید؟** | 1. **بله 🞎** 2. **خیر 🞎** 3. **نمی دانم 🞎** |
| **21-10 در یک هفته معمولی به طور متوسط چند روز ، فردی در خانه شما در حضورتان قلیان می کشد؟** | 1. **................... روز** 2. **نمی دانم 🞎** |

**بخش 11: مشروبات الکلی**

* + سوالات زیر در مورد مصرف مشروبات الکلی در طول زندگیتان می باشد.

**1-12** **درصورت وجود سابقه مصرف مشروبات الکلی جدول زیر تکمیل فرمایید.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نوع** | **از سن** | **تا سن** | **تعداد پیمانه/ لیوان در هفته** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**بخش 12: تاریخچه سرطان**

**1-12 آیا تاکنون پزشک به شما گفته است مبتلا به سرطان کولون هستید؟**

1. **بله** 🞎 نوع سرطان: .............................
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-12 محل تشخیص سرطان: بیمارستان .............................. در شهر ................................**

* 1. **نام پزشک تشخیص دهنده: .....................................**

**4-12 تاریخ تشخیص سرطان: روز...................... ماه...................... سال............................**

**5-12 قبل از تشخیص سرطان به چند پزشک مراجعه کردید؟ (aتعداد پزشک: ............................ b)نمی دانم ☐**

**6-12 زمانی که سرطان شما تشخیص داده شد چند ساله بودید؟**

1. **.......................... سال**

**7-12: بعد از تشخیص سرطان کدام درمان را دریافت نمودید؟**

1. **شیمی درمانی ☐**
2. **رادیوتراپی ☐**
3. **جراحی ☐**

**7-12 آیا سابقه سرطان در بین اعضای خانواده شما وجود دارد؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**8-12 در صورت وجود سابقه سرطان در بین اعضای خانواده شما لطفا جدول زیر را تکمیل نمایید.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **سن تشخیص** | **تاریخ تشخیص** | **نوع سرطان** | **نسبت** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**9-12 آیا سابقه پولیپ آدنوماتوز خانوادگی در بین اعضای خانواده شما ( پدر، مادر، خواهر و برادر ) وجود دارد؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎 ( به سوالات قسمت 14 مراجعه نمایید. )**

**10-12 در صورت وجود سابقه پولیپ آدنوماتوز خانوادگی در بین اعضای خانواده شما ( پدر، مادر، خواهر و برادر ) لطفا جدول زیر را تکمیل بفرمایید.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سن تشخیص** | **تاریخ تشخیص** | **نسبت** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**بخش 13: راههای تماس با بیمار**

**1-13 شماره همراه بیمار ……………………………………:**

**2-13 شماره تماس ثابت بیمار .…………………………..:**

**3-13** **شماره همراه همسر بیمار: .....................................**

**4-13** **شماره تماس ثابت همسر بیمار:.………………………….........**

**5-13** **شماره همراه یکی از نزدیکان بیمار: .......................................................**

**6-13** **شماره تماس ثابت یکی از نزدیکان بیمار: .......................................................**

**7-13 آدرس محل سکونت بیمار:.......................................................................................................................................**

**8-13 آدرس محل سکونت یکی از نزدیکان بیمار: ...........................................................................................................**

**9-16 تاریخ انجام مصاحبه: ....................................**

**10-13 نام مصاحبه کننده: .....................................**

**11-13 اطلاعات بیمار از چه طریقی جمع آوری شده است؟ الف- آزمایشگاه ☐ ب- پاتولوژی ☐ ج- تماس با بیمار ☐ د- تماس با خانواده یا اطرافیان بیمار ☐**