پرسشنامه محرمانه سلامت عمومی

|  |  |
| --- | --- |
|  | تاریخ انجام آزمون |
|  | نام و نام خانوادگی |
|  | تاریخ تولد |
|  | جنسیت |
|  | دست غالب (چپ یا راست دست) |

**دستورالعمل: سوالات زیر به ما در تعیین تاثیر بالقوه وضعیت سلامت فعلی شما بر روی نتایج نهایی کمک می کند. پس لطفا دقیق و صادقانه پاسخ بدهید. اگر فکر می کنید که یک عامل مهم ذکر نشده است ، لطفاً در انتهای پرسش نامه ذکر کنید..**

**1- شب گذشته چند ساعت خوابیده اید ؟**

|  |  |
| --- | --- |
| ساعت |  |

**2- مدت زمان خواب شما به طور معمول:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بسیار کوتاه | خیلی کوتاه | حدودا کوتاه | نرمال | حدودا طولانی | خیلی طولانی |
|  |  |  |  |  |  |

**3-شما امروز چه خورده اید و چه وقت ؟**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ساعت |
|  |  | ساعت |
|  |  | ساعت |
|  |  | ساعت |

**4- از امروز صبح چند بار نوشیدنی های کافیین دار نوشیده اید ؟**

|  |  |
| --- | --- |
| فنجان |  |

در مقایسه با عادت های شما در مصرف نوشیدنی کافیینی:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| بیشتر از حد معمول | طبق معمول | کمتر از حد معمول |
|  |  |  |

**5-امروز چند نخ سیگار کشیده اید ؟**

|  |  |
| --- | --- |
| سیگار |  |

در مقایسه با عادت روزانه شما در کشیدن سیگار:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| بیشتر از حد معمول | طبق معمول | کمتر از حد معمول |
|  |  |  |

**6-آیا شما در حال حاضر از بیماری خاصی رنج می برید ؟**

………………

درصورت مثبت بودن پاسخ نام بیماری را ذکر کنید : .............................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

**7- آیا تا به حال اختلال عصبی خاصی داشته اید ( از جمله صرع, ضربه سر, از دست دادن غیر قابل توضیح هوشیاری...)؟** ………………

درصورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید: ............................................................................................................................. ……………………………………………………………………………………………………………

**8-آیا شما تا به حال عمل جراحی سر داشته اید ؟** ………………

درصورت مثبت بودن پاسخ،:نام و علت جراحی را بنویسید .............................................................................................................................

**9- آیا شما هر گونه فلز در سر (خارج از دهان) مانند تراشه های فلزی، بخیه های فلزی جراحی و ... دارید ؟**

درصورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید : .............................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

10- آیا نا به حال EEG یا MRI انجام داده اید ؟

درصورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید

:……………………………………………………………… ………………….

**11- آیا دستگاه های پزشکی مانند ضربان ساز قلب و یا پمپ های پزشکی در بدن دارید ؟** ………………

درصورت مثبت بودن پاسخ، نام دستگاه را بنویسید: .............................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

**12- آیا بینایی شما طبیعی است ؟**

………………

در غیر این صورت از چه روشی آن را اصلاح می کنید(عینک یا لنز) ؟

  .........................................................................

**13- آیا شنوایی شما طبیعی است ؟**

………………

در غیر این صورت از چه طریقی آن را اصلاح می کنید ؟ .......................................................................................................

**14-آیا شما دارو (از جمله قرص های ضد بارداری) یا مواد مخدر مصرف می کنید ؟**

………………

درصورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید ......................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

**15- آیا امروز یا دیروز الکل مصرف کرده اید ؟**………………

اگر بله ، چه الکلی و چه مقدار .....................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

**16- قد شما چقدر است ؟**

|  |  |
| --- | --- |
| سانتی متر |  |

**17- وزن شما چقدر است ؟**

|  |  |
| --- | --- |
| کیلوگرم |  |

**در زیر هر گونه عوامل دیگر که ممکن است نتایج شما را تحت تاثیر قراردهد ذکر کنید**....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

از مشارکت شما متشکریم

مکان و تاریخ امضا