

## 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 لطفاً 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:

خیلی طولانی	حدوداً طولانی	نرمال	حدوداً کوتاه	خیلی کوتاه	بسیار کوتاه

3- شما امروز چه خورده اید و چه وقت ؟

	ساعت
	ساعت
	ساعت
	ساعت

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

	فنجان
--	-------

در مقایسه با عادت های شما در مصرف نوشیدنی کافئینی:

کمتر از حد معمول	طبق معمول	بیشتر از حد معمول

5- امروز چند نخ سیگار کشیده اید ؟

سیگار	
-------	--

در مقایسه با عادت روزانه شما در کشیدن سیگار:

کمتر از حد معمول	طبق معمول	بیشتر از حد معمول

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

در صورت 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...)?.....

در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید .....

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

در صورت 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 ؟

در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید..... :

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

در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید

.....:

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

در صورت 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؟

.....

در صورت 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 قرار دهد ذکر کنید.....

.....

.....

از مشارکت شما متشکریم

امضا

مکان و تاریخ