



معاونت درمان

دیپارتمان شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

ارزیابی و برنامه ریزی برای فیزیوتراپی بیمار

به ازای هر دوره فیزیوتراپی

تابستان ۱۳۹۹

اعضای کمیته نظارت :

دکتر بیژن خراسانی معاون درمان و توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو هیات علمی گروه آموزشی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

اعضای کمیته تأیید کنندگان:

دکتر اسماعیل ابراهیمی تکامجانی دبیر بورد فیزیوتراپی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
فیزیوتراپیست احمد موذن زاده رییس انجمن فیزیوتراپی ایران

اعضای کمیته تدوین استاندارد :

دکتر فرهاد آزادی - عضو هیات علمی گروه آموزشی فیزیوتراپی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
دکتر پریسا ارزانی - مسئول کمیته علمی و استاندارد سازی انجمن فیزیوتراپی ایران
دکتر محمد اکبری - عضو هیات علمی گروه آموزشی فیزیوتراپی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر ایرج عبدالهی - عضو هیات علمی گروه آموزشی فیزیوتراپی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
دکتر حسین نگهبان سیوکی - عضو هیات علمی گروه آموزشی فیزیوتراپی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
فیزیوتراپیست شهرام حسینی - عضو کمیته استاندارد سازی انجمن علمی فیزیوتراپی ایران
فیزیوتراپیست فاطمه بانیکل - فیزیوتراپیست بیمارستان امام خمینی (ره) تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران

تحت نظارت فنی:

گروه استاندارد سازی و تدوین راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استاندارد سازی و تعرفه سلامت

دکتر عبدالخالق کشاورزی، دکتر مریم خیری، فرانک ندرخانی

مرجان مستشار نظامی

مقدمه:

ارزیابی، پایه و اساس یک درمان موفق است. هر بیمار ارجاع شده به مراکز درمانی فیزیوتراپی جهت بررسی و شناخت مشکلات، برنامه ریزی دریافت خدمات درمانی متناسب و تعیین اثر بخشی اقدامات درمانی، توسط فیزیوتراپیست، تحت فرایند ارزیابی قرار می گیرد. در این استاندارد خدمت، ارزیابی (assessment) شامل هر دو جزء معاینه (examination) و استدلال بالینی (evaluation) می باشد.

ارزیابی دارای انواع مختلفی از جمله ارزیابی در ابتدای هر جلسه، ارزیابی در انتهای هر جلسه، ارزیابی بعد از استفاده از هر تکنیک درمانی، تجزیه و تحلیل بعد از یک دوره درمانی و غیره می باشد. در این استاندارد خدمت، منظور از ارزیابی، ارزیابی و برنامه ریزی برای فیزیوتراپی بیمار به ازای هر دوره فیزیوتراپی می باشد و بقیه انواع ارزیابی ذیل این ارزیابی کلی قرار می گیرند. ارزیابی پزشکی، یک ارزیابی جامع از تاریخچه سلامت بیمار و شرایط فعلی برای شناسایی مشکلات سلامتی و برنامه ریزی درمان است در حالیکه در فیزیوتراپی جهت تشخیص و برنامه ریزی درمانی بیماری، اثبات پاتولوژی به تنهایی کافی نیست و بیمار جهت رد یا اثبات ضایعه در محدوده مشکلات اسکلتی عضلانی، قلبی عروقی، ارتوپدی، نورولوژی، تنفسی، زنان و ... بایستی توسط فیزیوتراپیست مورد بررسی و ارزیابی دقیق قرار گیرد.

بر اساس تعریف انجمن فیزیوتراپی امریکا، فیزیوتراپیست جهت تشخیص و ارائه مداخلات درمانی در کلیه اختلالاتی که باعث درگیری سیستم حرکتی میشوند و همچنین پیشگیری از عوارض ناتوان کننده این بیماری ها دارای صلاحیت است. علاوه بر اختلالات منجر به درگیری سیستم حرکتی، فیزیوتراپیست در مشکلات قلبی، عروقی و تنفسی؛ نورولوژی؛ زنان و زایمان که شرح آنها در ادامه خواهد آمد هم صاحب صلاحیت می باشد.

فیزیوتراپیست جهت انجام ارزیابی مورد اشاره از شرح حال گیری، بررسی سیستم ها و آزمونهای بالینی برای تشخیص، پیش آگهی و برنامه ریزی مداخلات درمانی استفاده می کند.

با توجه به اینکه فیزیوتراپیست در درمان بیماری و اختلال سیستم های مختلفی همچون عضلانی اسکلتی؛ عصبی؛ قلبی عروقی تنفسی؛ زنان و زایمان و غیره نقش دارد، فلذا در ابتدا یک فرایند ارزیابی کلی ترسیم شده و سپس ارزیابی هر قسمت، بطور مفصل تر و در قالب فرم های ارزیابی اختصاصی بیان خواهد شد.

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

ارزیابی و برنامه ریزی برای فیزیوتراپی بیمار به ازای هر دوره فیزیوتراپی

Assessment and planning for physiotherapy for each physiotherapy course

(ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

فیزیوتراپیست در فرآیند بررسی خود که شامل گرفتن شرح حال ، ارزیابی وضعیت جسمانی ، انجام معاینات و اقدامات انتخابی برای شناسایی اختلالات مرتبط با مشکلات موجود می باشد ، اقدام به جمع آوری اطلاعات مینماید. این اطلاعات فیزیوتراپیست را به تولید فرضیه های تشخیصی ، آزمون فرضیات و اقدامات خاص برای شناسایی مشکلات بیمار رهنمون می سازد.

فیزیوتراپیست در امر ارزیابی، می بایست با آناتومی، فیزیولوژی، حرکت شناسی و تست های تشخیصی کاملاً آشنا بوده و قادر به کاربرد آنها در امر ارزیابی باشد.

علاوه بر دانش اختصاصی برای هر حیطه تخصصی فیزیوتراپی ، فیزیوتراپیست باید نسبت به آناتومی و فیزیولوژی ، فیزیولوژی ورزش و تمرینات درمانی، اصول بیومکانیک ، حرکت شناسی ، آسیب شناسی بالینی ، علوم رفتاری ، اخلاق حرفه ای، قوانین و دیگر مباحث مورد نیاز اشراف کامل داشته و آنها را در ارزیابی و برنامه ریزی درمان فیزیوتراپی بیمار در نظر بگیرد.

هر ضایعه وارده به بدن ، دارای نشانه ها (symptoms) و علائمی (signs) است که ارزیابی این نشانه ها و علایم به تشخیص درست ضایعه و برنامه ریزی صحیح و مناسب جهت درمان آن کمک میکند. نشانه ها، غیر عینی (subjective) بوده و به وسیله بیمار اعلام میگرددند و قابل اندازه گیری کمی نیستند مانند درد. اما علایم ، عینی (Objective) بوده و قابل اندازه گیری هستند همانند تب، دامنه حرکتی، قدرت عضلانی، میزان تورم اندامها، قطر عضلات.

(ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

• ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

بیمار قبل از شروع فرآیند ارزیابی در بخش سرپایی و یا در مراحل مختلف بستری، باید با توجه به مشکل خود، توسط پزشک متخصص مربوطه ارزیابی شده و پس از تشخیص بیماری اصلی و دریافت درمانهای پزشکی لازم جهت دریافت خدمات فیزیوتراپی ارجاع گردد . آمادگی بیمار، برای شروع اقدامات فیزیوتراپی، توسط پزشک مربوطه تایید می گردد و فیزیوتراپیست هم ، پیش از شروع ارزیابی می بایست از ثبات علائم حیاتی و بی ضرر بودن فرآیند ارزیابی در بیمار اطمینان حاصل کند.

• ارزیابی حین انجام پروسیجر

فیزیوتراپیست پس از ارجاع بیمار توسط پزشک و قبل از شروع درمان فیزیوتراپی ، بایستی بیمار را از دیدگاه فیزیوتراپی ارزیابی نماید. ارزیابی شامل مراحل همانند اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی (مشاهده، لمس، دق، سمع، تستهای اختصاصی و ...) است که

هدف آن ، یافتن ارتباط میان یافته ها و نتایج حاصل از بررسی ها و آزمونها ، جهت رسیدن به تشخیص و برنامه ریزی درمانی مناسب و اصلاح عملکرد است.

تاریخچه: اخذ شرح حال یک نوع ارزیابی غیر عینی از نشانه های یک ضایعه میباشد. در گرفتن تاریخچه برای طرح سوال و گرفتن پاسخ از دو روش سوالات انتها باز و سوالات انتها بسته استفاده میشود.

در گرفتن تاریخچه ، بسته به سیستم مورد ارزیابی یعنی عضلانی اسکلتی؛ قلبی، عروقی و تنفسی؛ نورولوژی؛ زنان و زایمان سوالات اختصاصی پرسیده می شود که در فرم های مربوطه بیان شده است اما به طور کلی، اخذ شرح حال دارای چهار قسمت اصلی می باشد:

۱. شکایت اصلی بیمار

۲. تاریخچه قبلی بیماری

۳. تاریخچه فامیلی

۴. تاریخچه کنونی بیماری

فیزیوتراپیست با اخذ یک شرح حال کامل و جامع ، مسیر معاینه فیزیکی را ترسیم می کند. با توجه به اینکه هر یک از سیستمهای عضلانی اسکلتی؛ قلبی، عروقی و تنفسی؛ نورولوژی؛ زنان و زایمان نیازمند معاینات فیزیکی متفاوتی می باشند. فلذا معاینات فیزیکی هر کدام از قسمت های مورد اشاره بطور جداگانه بیان شده و فرم/ فرم های ارزیابی مربوطه در انتهای این استاندارد ، در بخش ضمائم ، پیوست خواهد گردید.

معاینات فیزیکی:

۱. معاینات فیزیکی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی

در معاینات فیزیکی سیستم عضلانی اسکلتی ، روشهای ارزیابی مختلفی وجود دارد که مرسوم ترین روش های مورد استفاده ، روش ارزیابی Cyriax، به عنوان یک روش ارزیابی پاتوآناتومیک و روش ارزیابی Mckenzie، بعنوان یک روش ارزیابی پاتوکییزیولوژیک می باشد.

معاینات فیزیکی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی به روش Cyriax:

در روش ارزیابی Cyriax، معاینه فیزیکی مشتمل بر بخش های زیر می باشد:

الف . مشاهده کلی (Observation)

ظاهر عمومی بیمار، راه رفتن، میزان کمک مورد نیاز، پوشیدن و درآوردن لباس مشاهده میشود. در مشاهده راه رفتن، حرکات جبرانی و استفاده از وسایل کمکی و هرگونه اختلال پاسخگر قابل توجه است.

ب. مشاهده موضعی

در مشاهده موضعی که معمولاً همراه لمس صورت می گیرد، وضعیت فیزیکی بیمار، بطور موضعی تر مورد بررسی قرار می گیرد و برای اینکه نکته ای از دید فیزیوتراپیست پنهان نماند یا فراموش نشود، مشاهده موضعی را در سه لایه زیر مورد بررسی قرار می دهند:

- ساختار و امتداد استخوانی که با استفاده از لندمارک های استخوانی و غیره، تقارن یا عدم تقارن ساختار مورد معاینه بررسی می شود.
- بافت های نرم زیر جلدی که طی آن، تورم مفاصل، ادم ناحیه، آتروفی عضلات، کیست ها و گانگلیونها و غیره مورد توجه قرار می گیرد.

- پوست و ناخن ها. تغییر رنگ، تغییر بافت، رطوبت، براق شدن، افزایش تعرق موضع، اسکارهای موضعی، لکه های مشخص رویش مو، پینه ها، میخچه ها، زخم های باز و غیره مورد مشاهده قرار می گیرد.

پ. تست های انتخابی تنش بافت

- **تست های عضلانی:** شامل قدرت عضله، کنترل عضله، طول عضله، تست ایزومتریک عضله و بالک عضله می باشد.
- **تست های مفصلی:** شامل حرکات فعال، حرکات غیر فعال، حرکات فیزیولوژیک غیر فعال و حرکت کمکی (joint play) می باشد. در تست حرکات فعال، دامنه شروع یا تشدید علائم، دامنه حرکتی و کریپیتاسیون (crepitation) و در تست حرکات غیر فعال، دامنه حرکتی و end feel مورد توجه قرار می گیرد.

در این قسمت فیزیوتراپیست عمدتاً اقدامات زیر را انجام میدهد:

معاینه حرکات فعال

الگوی منظم و نامنظم درد

معاینه حرکات غیر فعال

الگوهای محدودیت

معاینه حرکات غیر فعال آرتروکینماتیک

تست های استرس کپسولی و لیگامانی

معاینه حرکات ایزومتریک مقاومتی

- تستهای عصبی عضلانی neuro-muscular test :

تستهای عضلانی شامل ارزیابی میوتوم ، ارزیابی حسی ، رفلکس های تاندونی عمقی و تست تحرک عصبی Neural Extensibility Test و ... است.

ث. لمس palpation:

در لمس هم مانند مشاهده موضعی ، ساختارهای استخوانی بافت های نرم زیر جلدی و پوست و ناخن مورد توجه قرار می گیرد.

لمس ساختار های استخوانی به منظور بررسی بزرگ شدگی، بد راستایی و تغییرات موضعی آن و ...

لمس بافت های نرم زیر جلدی به منظور بررسی تندر نس، ادم، ثبات، یکپارچگی و تحرک آن

لمس پوست به منظور بررسی تندر نس، رطوبت و کیفیت پوست، دما و تحرک آن

ج. تست های تحریک کننده. provocation test:

تست های تحریکی زمانی استفاده می شوند که تستهای قبلی باعث ایجاد علائم نشده باشند. این تستها شامل اعمال فشار اضافی در انتهای

دامنه حرکتی فعال یا غیر فعال ، تکرار حرکات فعال ، انجام حرکت با افزایش سرعت ، اعمال فشار ممتد. اگر انجام این آزمونها هم باعث

باز تولید علائم نشد می توان از حرکات ترکیبی و یا حرکات همراه زوجی در دو یاسه جهت استفاده کرد.

چ. تست های اختصاصی special test:

این تست ها برای کشف نوع خاصی از آسیب ، وضعیت یا جراحت بکار می روند و بیشتر وقتی مفیدند که بخش های قبلی معاینه،

درمانگر را به ماهیت آسیب یا جراحت مشکوک کرده باشد. این تست ها شامل تست های عروقی ، تنفسی، تست لنگیدن متناوب، اندازه

گیری بالک حجم و یا ادم و تست های ناهنجاری های استخوانی یا بافت نرم (مانند شلی لیگاماتی یا پارگی منیسک در زانو) می باشد.

تست های دیگر ممکن است شامل تست های بدخیمی یا درد غیر ارگانیک باشد.

خ. ارزیابی نواحی مرتبط

اغلب برای ارزیابی منشأ درد لازم است که نواحی مرتبط هم بررسی شود مانند ارزیابی گردن در بیماریهای اندام فوقانی و کمر در بیماریهای

اندام تحتانی و همچنین درد های ریفرال از احشاء به اندام ها یا تنه.

ح. ارزیابی عملکردی functional assessment:

ارزیابی عملکردی نقش بسیار مهمی در ارزیابی بیمار دارد. این ارزیابی از تجزیه و تحلیل الگوهای خاص حرکتی حرکات فعال، غیر فعال

و ایزومتریک متفاوت است. ارزیابی عملکردی از یک ارزیابی ساده همچون مشاهده فعالیتهای روزمره ای که مفصل مورد ارزیابی

را شامل می شود تا ارزیابی با جزییات یک فعالیت عملکرد بصورت **objective** متفاوت می باشد.. تعدادی از تست های عملکردی اغلب در بخش مشاهده ارزیابی مورد استفاده قرار می گیرند ،تست عملکردی شایع برای نیمه پایین بدن شامل تجزیه و تحلیل راه رفتن، صعود از پله، بلند کردن، توازن، **Squat** بر روی یک پا و مسافتی را لی لی کردن می باشد. بر بررسی آزمونهای عملکردی اندام فوقانی هم می توان به فعالیتهایی همچون پوشیدن پیراهم ،بستن دکمه وغیره اشاره کرد .نتیجه آزمون عملکردی نقش مهمی در انتخاب یک درمان موفق دارد.

پس از انجام هر ارزیابی بیمار بایستی آگاه باشد که در نتیجه ارزیابی ممکن است علائمش تشدید شود.

سایر بررسی ها :

۱. رادیوگرافی ساده

۲. توموگرافی کامپیوتری (CT)

۳. تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)

۴. میلوگرافی یا رادیکولوگرافی

۵. دیسکوگرافی

۶. اسکن استخوان

۷. آرتروگرافی

۸. اولتراسونوگرافی

۹. نوار عصبی عضلانی (EMG)

۱۰. بررسی های آزمایشگاهی

فرم ارزیابی مبتنی بر روش **Cyriax** در بخش ضمائم این استاندارد تحت عنوان فرم ضمیمه شماره یک: ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای عضلانی اسکلتی مبتنی بر روش **Cyriax** در دسترس می باشد.

معاینات فیزیکی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی به روش **McKenzie** :

روش تشخیص مکانیکی و درمان مکنزی (**The McKenzie Method of Mechanical Diagnosis a Therapy**) جهت ارزیابی

و درمان مشکلات و دردهای اندام های فوقانی و تحتانی و ستون فقرات مورد استفاده قرار می گیرد. این روش که توسط

فیزیوتراپیست نیوزیلندی به نام "رابین مکنزی" توسعه یافته است به طور گسترده بیش از ۳۰ سال گذشته در سراسر جهان مورد استفاده قرار گرفته است.

یک ویژگی کلیدی این روش، نحوه ارزیابی اولیه آن است که بر اساس یک راه بی خطر و قابل اعتماد جهت رسیدن به یک تشخیص دقیق انجام می گیرد و بعد از مشخص شدن تشخیص، برنامه درمانی مناسب تعیین می گردد. ارزیابی بالینی در روش مکنزی شامل شرح حال بیمار و انجام معاینه فیزیکی دقیق است با انجام این ارزیابی ها باید میزان مشکل بیمار و **red flag** ها مشخص شود. انجام برخی حرکات ضمن ارزیابی بالینی، ممکن است باعث کاهش یا تشدید علائم بیمار گردد. پس از انجام ارزیابی جامع بیمار، وضعیت ترجیحی بیمار به دقت تعیین می گردد. تعیین جهت حرکت ترجیحی، مهمترین مشخصه روش ارزیابی و درمان مکنزی می باشد و تعیین این وضعیت ضمن فرایند ارزیابی بالینی بسیار مهم است.

در این روش، فرایند ارزیابی نیازمند توجه جدی فیزیوتراپیست و پیروی از یک فرایند سیستماتیک معاینه است. معاینه هر بخش از بدن بر اساس فرمهای ارزیابی استاندارد که توسط موسسه مکنزی توسعه یافته است صورت می گیرد. در این استاندارد، روش ارزیابی و درمان سهرمن که در آن، ابتدا جهت حرکتی تشدید کننده درد بیمار شناسایی شده و سپس با آموزش الگوی حرکت صحیح در جهت حرکت دردناک به کاهش درد و علائم بیمار حین اجرای حرکت کمک می شود بعنوان بخشی از روش مکنزی لحاظ گردیده است.

فرم های ارزیابی مبتنی بر روش مکنزی در قسمت ضمایم این استاندارد تحت عناوین **فرمهای ضمیمه شماره دو الی پنج: ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای عضلانی اسکلتی مبتنی بر روش McKenzie** - ارزیابی بیماران گردن درد، ارزیابی بیماران کمردرد، ارزیابی درد اندام فوقانی و ارزیابی درد اندام تحتانی در دسترس می باشد.

۲. معاینه فیزیکی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای نورولوژیکی

در اختلالات و بیماریهای نورولوژیکی، اغلب به دلیل فلج یا ضعف عضلانی یا اختلال در سیستمهای کنترل حرکت، بیمار قادر به انجام حرکت ارادی نیست یا این حرکات را به طور ناقص و در الگوهای ناهماهنگ یا کلیشه ای انجام می دهد. در این افراد، اختلال در رفلکسهای تاندونی به صورت هیپرفلکسی یا هیپورفلکسی، و بروز رفلکسهای سطوح پایین تر سیستم عصبی به ویژه در آسیبهای مرکزی مشاهده می شود. مشکل دیگر این بیماران، اختلالات تون عضلانی به صورت هیپر تونی یا هیپوتونی است که مجموعه این مشکلات می تواند منجر به ناتوانی در انجام حرکت طبیعی در مفاصل، اختلال در تعادل و هماهنگی حرکات، نقص در انجام فعالیتهای فانکشنال و روزمره، و همچنین کوتاهی های بافتی و بدشکلیهای مفصلی بشوند. در کنار اختلالات حرکتی، این افراد ممکنست دچار اختلالات حسی

و اختلالات درکی و شناختی نیز باشند. ممکن است در برخی افراد، بیماریهای قلبی و تنفسی نیز وجود داشته باشد. لذا لازم است در ارزیابی این افراد، موارد زیر مورد بررسی قرار بگیرد:

- توانایی انجام حرکات ارادی
- الگوی کیفی حرکات ارادی
- وضعیت تون عضلانی
- رفلکسهای پاتولوژیک
- دامنه حرکتی مفاصل
- درک حسهای سطحی و عمقی
- وضعیت ذهنی و شناختی
- تکنیکهای ترانسفر و تغییر وضعیت

مراحل رشد حرکتی حرکات عمده و ظریف، و میزان استقلال افراد برای فعالیت در وضعیت های مختلف در صورت وجود بیماریهای قلبی-عروقی و تنفسی، موارد مربوط به این بیماریها نیز باید مورد ارزیابی قرار بگیرند. فرم ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای نورولوژیکی در بخش ضمایم این استاندارد تحت عنوان فرم ضمیمه شماره شش : ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای نورولوژیکی در دسترس می باشد.

۳. معاینه فیزیکی فیزیوتراپی در بیماریهای قلبی، عروقی و تنفسی

هدف از ارزیابی، تعیین دقیق مشکلات بیمار است این مهم بر اساس ارزیابی subjective و objective بیمار حاصل خواهد شد. بدون ارزیابی دقیق، تهیه یک برنامه درمانی مناسب غیرممکن است و به همان اندازه، یک دانش نظری صحیح برای تهیه یک برنامه درمانی مناسب هم مورد نیاز است. از طرفی به محض شروع فیزیوتراپی، ارزیابی منظم اثربخشی آن به طور مرتب با توجه به مشکلات بیمار و اهداف درمانی ضروری است.

سیستم ارزیابی مورد استفاده در این استاندارد، بر اساس سیستم پزشکی مشکل نگر (POMS) است که اولین بار توسط Weed در سال ۱۹۶۸ شرح داده شد.

این سیستم دارای سه عنصر اصلی است:

- سوابق پزشکی مشکل نگر (POMR)
- بازبینی
- برنامه آموزشی

سوابق پزشکی مشکل نگر (POMR) اکنون به عنوان روش ثبت ارزیابی، مدیریت و پیشرفت درمانی یک بیمار مورد استفاده فراوانی قرار می‌گیرد. سوابق پزشکی مشکل نگر (POMR) دارای پنج قسمت به شرح زیر می‌باشد: بانک اطلاعات بیمار، لیست مشکلات، برنامه اولیه درمان و اهداف، یادداشتهای پیشرفت و خلاصه ترخیص می‌باشد.

فرم ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای قلبی، عروقی و تنفسی در قسمت ضمایم این استاندارد، تحت عنوان فرم ارزیابی شماره هفت - ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای قلبی، عروقی و تنفسی (مبتنی بر سیستم ارزیابی پزشکی مشکل نگر (POMS)) در دسترس می‌باشد.

۴. معاینه فیزیکی فیزیوتراپی در بیماریهای زنان و زایمان

امروزه شواهد متقن و کافی برای نقش فیزیوتراپی در طیف گسترده ای از مشکلات زنان از بی اختیاری تا پرولاپس و از درد کف لگن تا پیوست وجود دارد اما درمانهای فیزیوتراپی در انواع مشکلات زنان و زایمان همواره بایستی بر اساس یک تشخیص دقیق باشد که عوارض جانبی یا محدودیت های عملکردی که می تواند بر نتایج تأثیر بگذارد را لحاظ نماید. این بدان معناست که بعضی اوقات بیمار، با آسیب شناسی نامشخص و یا زیربنایی که در فیزیوتراپی قابل اصلاح نیست، برای درمان به فیزیوتراپی مراجعه می کند. بدون در نظر گرفتن این موارد، درمان اغلب ناامیدکننده است و عواقب ناکافی دارد. یک ارزیابی کامل، ساختار یافته و منظم فیزیوتراپی، به بهبود انتخاب بیمار کمک کرده و افرادی را که از فیزیوتراپی سود می برند را شناسایی می کند. علاوه بر آن ارزیابی جامع بیمار به شناسایی دقیق مشکلات بیمار کمک کرده و می تواند فرایند درمان را هدایت نماید.

فرم ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای زنان و زایمان در قسمت ضمایم این استاندارد، تحت عنوان فرم ارزیابی شماره هشت - ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای زنان و زایمان در دسترس می‌باشد.

• ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

پس از انجام پروسیجر نتایج حاصله مانند اختلالات فیزیکی (درد و تورم مفصلی، محدودیت حرکتی، پوسچر بد، ضعف عضلانی و ...)، ناتوانی های عملکردی (نقص در راه رفتن، ناتوانی در بالا رفتن از پله، لباس پوشیدن و ...) و ... ثبت و مستند خواهد شد. در صورت تغییر در شرایط بیمار تا رسیدن به وضعیت قبلی بیمار فیزیوتراپیست میبایست در کنار وی باقی بماند.

• کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر

اصولا ارزیابی عوارض جانبی خاصی ندارد در مواردی که حین ارزیابی با وجود دقت فیزیوتراپیست در پیشگیری از بروز عوارض جانبی با شرایط غیر مترقبه مانند افت فشار یا قند خون، تغییر شرایط ظاهری بیمار یا الگوی تنفسی و حرکتی بیمار مواجه شد وی میبایست با مدیریت این شرایط از بازگشتن وی به سطح پایه اطمینان حاصل کند و در صورت لزوم با اورژانس یا پزشک معالج بیمار تماس بگیرد.

د) تواتر ارائه خدمت

د-۱) تعداد دفعات مورد نیاز

تعداد دفعات ارائه خدمت مورد نیاز، برای یک دوره درمانی فیزیوتراپی یکبار می باشد. در ابتدای دوره درمانی یک ارزیابی کلی صورت میگیرد. سپس در ابتدا و انتهای هر جلسه درمانی بیمار مجدداً ارزیابی شده و نتایج جلسه درمانی جهت ترسیم خط مشی آتی درمان ثبت می شود. این کد، تنها یکبار برای یک دوره درمانی قابل گزارش خواهد بود و کلیه ارزیابی های دیگر در حین یک دوره درمان فیزیوتراپی ذیل آن قرار خواهد گرفت.

د-۲) فواصل انجام

اگرچه که در هر جلسه فیزیوتراپی ارزیابی مجدد صورت میگیرد اما ارزیابی اولیه بیمار در جلسه اول انجام میشود.

ه) افراد صاحب صلاحیت جهت درخواست خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

کلیه پزشکان با حداقل مدرک پزشکی عمومی

و) ارائه کننده اصلی صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

کلیه فیزیوتراپیست ها با مدرک کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترای حرفه ای و دکترای تخصصی فیزیوتراپی

ز) عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت:

این خدمت نیاز به سایر اعضا ندارد و توسط فیزیوتراپیست به صورت راسا و مستقلاً انجام میپذیرد.

ز) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

این خدمت در کابین و تخت استاندارد معاینه فیزیوتراپی ارائه میشود.

ح) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

وسایل اندازه گیری همانند گونیامتر و در صورت لزوم مانومتر - وسایل اندازه گیری قد، وزن - گوشی پزشکی جهت سمع ریه و قلب -

تخت معاینه - پاراوان

ط) داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

ردیف	اقدام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	دستکش یکبار مصرف، ماسک و ملحفه	به تعداد لازم
۲	مواد ضد عفونی کننده وسایل	به مقدار لازم

ی) اقدامات پاراکلینیکی، تصویربرداری و دارویی مورد نیاز قبل از ارائه خدمت:

این اقدامات در صورت نیاز قبلا از طرف پزشک معالج انجام شده است.

ک) استانداردهای گزارش:

تاریخچه، مشاهدات و اندازه گیریهای انجام شده در فرم های ارزیابی بیمار در پرونده بیمار درج میگردد. در بخش ضمايم این استاندارد، فرم های ارزیابی در اختلالات و بیماریهای سیستم های عضلانی، اسکلتی؛ نورولوژیکی؛ قلبی، عروقی و تنفسی؛ و زنان و زایمان در دسترس می باشد.

ل) شواهد علمی در خصوص اندیکاسیون های دقیق خدمت:

هر بیمار ارجاع شده به مراکز فیزیوتراپی و یا بیماران بستری با درخواست ارایه خدمات فیزیوتراپی شامل این کد میشود.

م) شواهد علمی در خصوص کنترا اندیکاسیون های دقیق خدمت:

- عدم رضایت و / یا عدم همکاری مراجعه کننده

- عدم ثبات علائم حیاتی بیمار

ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

طول مدت خدمت به طور میانگین ۱۰ دقیقه است.

س) مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

این خدمت نیاز به بستری در بخش ندارد و در مراکز درمانی سرپایی و بستری مجاز قابل ارائه میباشد.

ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

در صورت لزوم هدف و نتیجه ارزیابی ها به صورت خلاصه کتبی یا شفاهی به سمع و نظر بیمار خواهد رسید.

منابع:

1. Hertling D, Kessler RM. Management of common musculoskeletal disorders, 4th ed; Philadelphia: Lippincott, 2006.
2. Magee DJ. Orthopedic Physical Assessment, 6th ed; Saunders, 2013
3. McKenzie RA, May S. The human extremities: mechanical diagnosis and therapy. Waikanae, New Zealand: spinal publications, Ltd ;2000.
4. McKenzie RA, May S. The lumbar spine: mechanical diagnosis and therapy. Waikanae, New Zealand: spinal publications, Ltd ;2003.
5. McKenzie RA, May S. The cervical and thoracic spine: mechanical diagnosis and therapy. Waikanae, New Zealand: spinal publications, Ltd ;2006

6. [https://www.physio-pedia.com/index.php?title= File:neurological_physiotherapy_evaluation_form_wm.pdf&oldid=199197](https://www.physio-pedia.com/index.php?title=File:neurological_physiotherapy_evaluation_form_wm.pdf&oldid=199197).
7. DeGroot J, Chusid JG. Correlative Neuroanatomy, 20th ed; Appleton & Lange, 1988.
8. Payer JA , Prasad SA. Physiotherapy for respiratory and cardiac problems adult and pediatric, 4th ed; Cuhurchill Livingstone ,2008.
9. Deutsch LM. Medical Records for Attorneys. 1st ed, ALI-ABA, 2001.
10. Berghmans B, Seleme MR, Bernards ATM. Physiotherapy assessment for female urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2020;31(5):917- 931. doi:10.1007/s00192-020-04251-2
11. Sapsford R, Bullock-Saxton J, Markwell S. Women's Health: A Textbook for Physiotherapists, WB Saunders,1998

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

ضمائم:

فرم های ارزیابی فیزیوتراپی در :

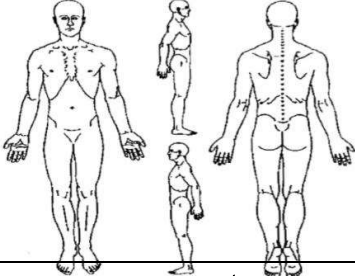

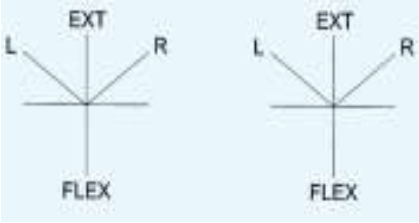
۱. اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی

۲. اختلالات و بیماریهای نورولوژیکی

۳. بیماریهای قلبی ، عروقی و تنفسی

۴. بیماریهای زنان و زایمان

فرم ضمیمه شماره یک: ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی - مبتنی بر روش Cyriax

<p>محل درد و ضایعه را علامت بزنید</p> 		<p>تاریخ مراجعه: نام و نام خانوادگی: جنسیت: مرد / زن سن: قد: وزن: شاخص توده بدنی: شغل: پزشک ارجاع دهنده: تشخیص: شماره تماس: آدرس:</p>	
<p>شدت درد: مقیاس دیداری درد</p>  <p>درد: دائمی، دوره ای، حمله ای و گاهگاهی</p>		<p>شکایت اصلی: تاریخچه: مکانیسم ضایعه: فاکتورها یا حرکات تسکین دهنده یا تشدید کننده: تاریخچه ۲۴ ساعته: وضعیت: بهبود پیدا کرده / ثابت مانده / بدتر شده ضایعه جدید / قدیمی تاریخچه گذشته (شامل تاریخچه اجتماعی و فامیلی)</p>	
<p>آزمون های عملکردی</p>	<p>حرکات ایزومتریک مقاومتی یادداشتها:</p>	<p>مشاهده کلی (در حین پاسجر، راه رفتن و فعالیت مرتبط): مشاهده موضعی و لمس ساختارها و امتدادهای استخوانی: بافت های نرم زیر جلدی: پوست و ناخن:</p>	
<p>آزمونهای نورولوژیکی: اسکن حسی: رفلکس ها: آزمونهای نورولوژیکی خاص:</p>		<p>معاینه فیزیکی حرکات فعال حرکات غیر فعال</p> 	
<p>آزمونهای اختصاصی:</p>		<p>حس انتهای حرکت: الگوی کپسولار:</p>	
<p>حرکات joint play:</p>		<p>اهداف درمانی: کوتاه مدت: بلندمدت:</p>	
<p>برنامه درمانی:</p>			

نام و نام خانوادگی فیزیوتراپیست:

امضاء:

فرم ضمیمه شماره دو : ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای نورولوژیکی

۱. ارزیابی Subjective

نام و نام خانوادگی بیمار: تاریخ:
 بیمه: تاریخ تولد:
 جنسیت: مرد/ زن دست غالب: راست/ چپ
 شغل: پزشک ارجاع دهنده:
 شکایت اصلی:
 تاریخچه پزشکی قبلی:
 تاریخچه شخصی:
 تاریخچه خانوادگی:
 تاریخچه اجتماعی اقتصادی:
 تاریخچه علائم:
 سمت: محل:
 نحوه شروع: مدت:
 نوع: شدت:
 فاکتورهای تشدید کننده:
 فاکتورهای کاهش دهنده:

علائم حیاتی			
	ضربان قلب		دما
	تعداد تنفس		فشار خون

۲. ارزیابی Objective

الف. مشاهده
 وضعیت اندامها (الگوی فلکسوری ، الگوی اکستانسوری و غیره):
 چارچوب بدنی:
 پاسچر:
 راه رفتن:
 الگوی حرکت:
 نوع ونتیلاسیون:
 نوع الگوی تنفس:
 ادم:
 تحلیل عضله:
 زخم های فشاری:
 دفورمیتی:
 زخم ها:

وسایل خارجی مورد استفاده (واکر ، عصا و غیره) :

ب. لمس:

گرمی:

تندرئس:

تون:

ورم:

ج. معاینه

وضعیت ذهنی:

سطح هوشیاری:

شناخت:

شخص:

مکان:

زمان:

حافظه:

آنی:

اخیر:

دور:

کلامی:

بینایی:

ارتباط:

شناخت:

عمق دانش:

محاسبه:

تفسیر:

توجه:

وضعیت انگیزشی:

درک:

شمای بدن/ تصویر جسمی

آگنوزیس/اپراکسیا

حس های خاص:

۳. بررسی سیستم ها:

سیستم جلدی :

وضعیت پوست :

زخم فشاری:

سیستم تنفسی :

وضعیت سیستم تنفسی:

ترشحات:

الگوی تنفس:

دفورمیتی های قفسه سینه و ستون فقرات سینه ای:

سیستم قلبی عروقی:

وضعیت سیستم قلبی عروقی:

ترومبوز ورید عمقی:

سیستم عضلانی اسکلتی:

کنتراکچرها:

نیمه دررفتگی ها:

موبیلیتی مفصل:

پاتولوژی های دیگر:

عملکرد سیستم اسفنکتری مثانه ای / مقعدی:

بی اختیاری:

سیستم گوارشی :

وضعیت :

سیستم اتونومیک:

وازوموتور:

سودوموتور:

تغییرات تروفیک:

افت فشار خون وضعیتی :

سندرم سمپاتیکی رفلکسی:

۴. ارزیابی عملکردی: (اندازه گیری عملکرد مستقل)

ارزیابی اول: خود مراقبتی

مورد اول: غذا

مورد دوم: مراقبت از ظاهر

مورد سوم: بهداشت

مورد چهارم: لباس اندام فوقانی

مورد پنجم: لباس اندام تحتانی

ارزیابی دوم: کنترل اسفنکتری

مورد ششم: کنترل مثانه

مورد هفتم: کنترل حرکت روده ای

ارزیابی سوم: موبیلیتی

مورد هشتم: تختخواب ، صندلی ، ولچر

مورد نهم: رفتن به دستشویی

مورد دهم: حمام رفتن ، دوش گرفتن

ارزیابی چهارم: لوکوموشن
 مورد یازدهم: رفتن، ویلچر
 مورد دوازدهم: راه پل
 ارزیابی پنجم: ارتباط
 مورد سیزدهم: درک شنیداری
 مورد چهاردهم: بیان کلامی
 ارزیابی ششم: سازگاری / همکاری اجتماعی
 مورد پانزدهم: ظرفیت تعامل و برقراری ارتباط اجتماعی
 مورد شانزدهم: حل مشکلات
 مورد هفدهم: حافظه
 یافته های جستجو:

لیست مشکلات		
محدودیت عملکردی	اختلال	سیستم بین المللی

تشخیص عملکردی:

۵. مدیریت

اهداف:

کوتاه مدت:

بلندمدت:

درمان :

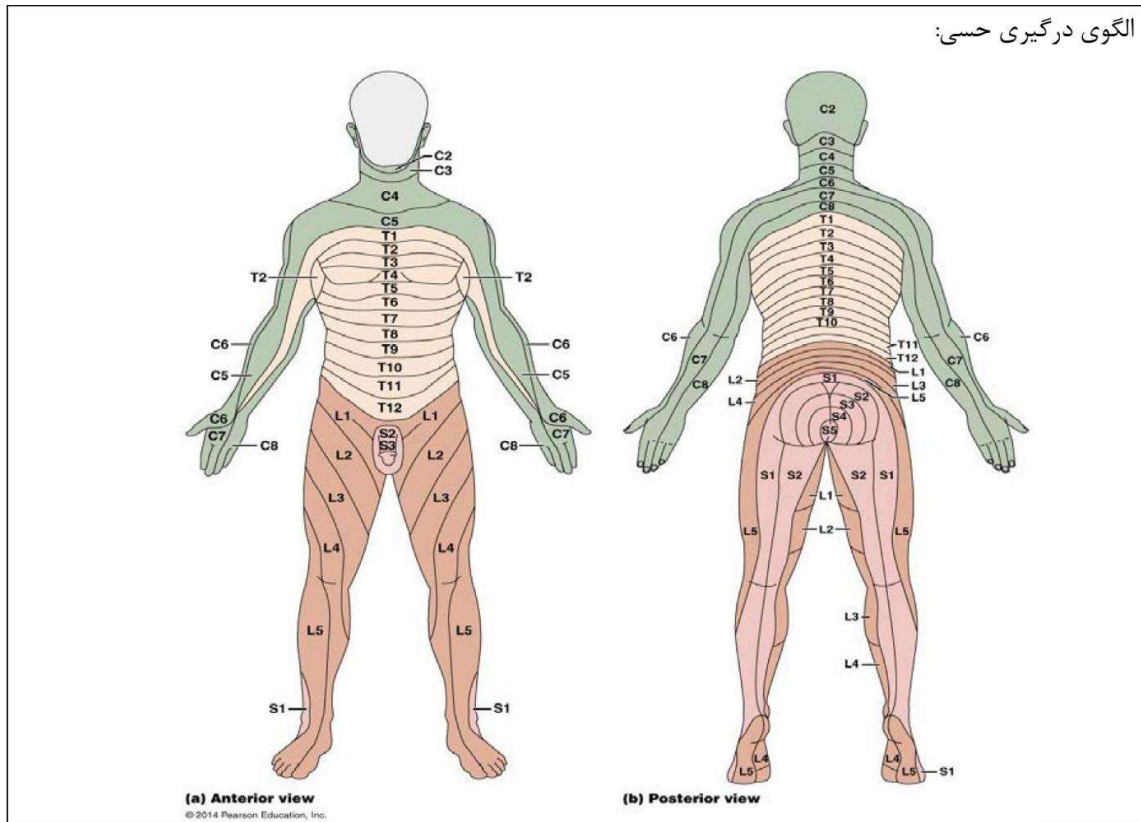
نام و نام خانوادگی فیزیوتراپیست:

امضا:

ارزیابی اعصاب کرانیال			
شماره و نام زوج عصب	یادداشت	شماره و نام زوج عصب	یادداشت
یک : بویایی		هفت: فاشیال	
دو: بینایی		هشت: وستیبولو کوکلنار	
سه : اکولوموتور		نه: گلوسوفارنژیال	
چهار: تروکلنار		ده: واگ	
پنج : تری ژمینال		یازده : اکسسوری	
شش: ابدوسنت		دوازده: هایپوگلو سال	

ارزیابی سیستم حسی							
محل حس	اندام فوقانی		اندام تحتانی		تنه		یادداشت ها
	راست	چپ	راست	چپ	راست	چپ	
سطحی							
درد							
دما							
لمس							
فشار							
عمقی							
حس حرکت							
حس وضعیت							
ارتعاش							
کورتیکال							
لوکالیزه کردن محل تحریک لمسی							
تمایز دو نقطه							
استروگنوزیس							
باروگنوزیس							
گرافستریا							
تشخیص بافت							
تحریک دوگانه همزمان							

الگوی درگیری حسی:



ارزیابی سیستم حرکتی:

محیط عضله		
ناحیه	راست (سانتیمتر)	چپ (سانتیمتر)
بازو		
ساعد		
ران		
ساق		

کنترل ارادی		
سمت	راست	چپ
اندام فوقانی		
اندام تحتانی		

دامنه حرکتی						
مفصل	سمت	حرکت	محدودیت	عامل محدود کننده		
شانه						
آرنج						
ساعد						
مچ دست						
دست و						

						انگشتان
						ران
						زانو
						مچ پا و پا
						ستون فقرات گردنی
						ستون فقرات پشتی
						ستون فقرات کمری

طول اندام		
سمت	راست	چپ
حقیقی		
ظاهری		

تون عضلات						
عضلات	راست	چپ		عضلات	راست	چپ
شانه			ران			
فلکسورها			فلکسورها			
اکستنسورها			اکستنسورها			
ابداکتورها			ابداکتورها			
اداکتورها			اداکتورها			
روتاتورهای خارجی			روتاتورهای خارجی			
روتاتورهای داخلی			روتاتورهای داخلی			
آرنج			زانو			
فلکسورها			فلکسورها			
اکستنسورها			اکستنسورها			
ساعد			مچ پا			
سوپیناتورها			دورسی فلکسورها			
پرووناتورها			پلانتر فلکسورها			
مچ دست			پا			
فلکسورها			Invertors			
اکستنسورها			Evertors			
Radial Deviators			Intrinsics			
Ulnar Deviators			Extrinsics			
دست						

						Intrinsics
						Extrinsics

قدرت عضلات						
عضلات	راست	چپ	عضلات	راست	چپ	عضلات
شانه			ران			
فلکسورها			فلکسورها			
اکستنسورها			اکستنسورها			
ابداکتورها			ابداکتورها			
اداکتورها			اداکتورها			
روتاتورهای خارجی			روتاتورهای خارجی			
روتاتورهای داخلی			روتاتورهای داخلی			
آرنج			زانو			
فلکسورها			فلکسورها			
اکستنسورها			اکستنسورها			
ساعد			مچ پا			
سوپیناتورها			دورسی فلکسورها			
پروناتورها			پلانتر فلکسورها			
مچ دست			پا			
فلکسورها			Invertors			
اکستنسورها			Evertors			
Radial Deviators			Intrinsics			
Ulnar Deviators			Extrinsics			
دست			تنه			
Intrinsics			فلکسورها			
Extrinsics			اکستنسورها			
			فلکسورهای طرفی			
			روتاتورها			

چپ	راست	ارزیابی رفلکس ها	
		شکمی	سطحی
		پلانتار	
		دوسر بازویی (C5)	عمقی
		براکیوراد یالیس (C6)	
		سه سر بازویی (C7)	
		زانو (L4)	
		همسترینگ (L5)	
		آشیل (S1)	
رفلکس های پاتولوژیک:			

چپ	راست	ارزیابی الگوی درگیری بر اساس میوتوم ها	
		shoulder shrugs	C4
		shoulder abduction and external rotation; elbow flexion	C5
		wrist extension	C6
		elbow extension and wrist flexion	C7
		thumb extension and finger flexion	C8
		finger abduction	T1
		hip flexion	L2
		knee extension	L3
		ankle dorsiflexion	L4
		big toe extension	L5
		ankle plantarflexion	S1
		bladder and rectum motor supply	S4

ارزیابی هماهنگی				
درجه	تستهای تعادلی	چپ	راست	تستهای غیر تعادلی
	ایستادن با پاسچر طبیعی			انگشت به بینی
	ایستادن با پاسچر طبیعی با چشمان بسته			اپوزیشن انگشت
	ایستادن با پاهای جفت			Mass Grasp
	ایستادن بر روی یکپا			پروناسیون / سوپیناسیون
	ایستادن با خم شدن طرفی تنه			تست ریباند
	راه رفتن در حالت گردو شکن			ضربه زدن با دست (
	راه رفتن از پهلو			ضربه زدن با پا)
	راه رفتن به عقب			پاشنه به زانو
	راه رفتن بر روی دایره			کشیدن دایره با دست
	راه رفتن بر روی پاشنه			کشیدن دایره با پا
	راه رفتن بر روی انگشتان پا			
حرکات غیر ارادی :				
<p>بالانس:</p> <p>نشسته :</p> <p>ایستاده:</p> <p>واکنش های بالانس:</p>				
<p>پاسچر :</p> <p>خوابیده :</p> <p>نشسته:</p> <p>ایستاده</p>				
<p>راه رفتن:</p> <p>طول قدم(step):</p> <p>طول گام(stride):</p> <p>عرض راه رفتن (Base width):</p> <p>تعداد گام در دقیقه:</p> <p>انحرافات بیومکانیکی:</p>				
<p>عملکردهای دست:</p> <p>رسیدن:</p> <p>گرفتن :</p> <p>رها کردن:</p>				
وسایل کمکی:				

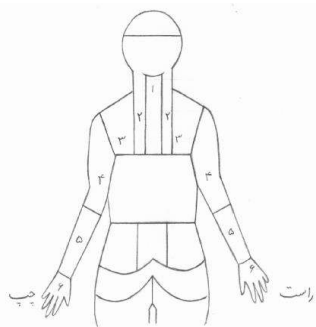
ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی - مبتنی بر روش McKenzie

فرم ارزیابی بیماران گردن درد

اطلاعات کلی

- نام و نام خانوادگی: _____ جنس: مرد زن سن بیمار: _____ تاریخ مراجعه: _____
آدرس و شماره تلفن: _____
نوع ارجاع: خود ارجاعی توصیه دیگران از جانب پزشک معالج نام پزشک معالج: _____
شغل: _____
وضعیت یا حرکتی که در هنگام انجام شغل اتان بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد؟ نشستن ایستادن راه رفتن ترکیبی
فعالیت تفریحی: _____ آیا دلیل درد، فعالیت تفریحی اتان را متوقف کرده اید؟ بلی خیر
شدت درد (از ۰ تا ۱۰): درد حالت استراحت _____ درد حالت فعالیت _____ درد شبانه _____
مطابق شکل ذیل، محل دقیق دردی که تجربه کرده اید را مشخص کنید.

تاریخچه



- چه مدت زمانی است که این درد را دارید؟ _____ علت ایجاد درد: _____
از زمان شروع علائم تا الان، شدت درد شما چه تغییری کرده است: کمتر شده بیشتر شده تغییری نکرده
از زمان شروع علائم تا الان، مکان درد شما چه تغییری کرده است: پخش شده جمع شده تغییری نکرده
درد ثابت: گردن بازو ساعد درد متناوب: گردن بازو ساعد
کدام یک از وضعیتها و فعالیتهای ذیل، درد شما را افزایش می دهد؟
نشستن چرخاندن گردن خم کردن گردن به جلو خوابیدن بلند شدن از حالت خوابیده
کدام یک از وضعیتها و فعالیتهای ذیل، درد شما را کاهش می دهد؟
نشستن چرخاندن گردن خم کردن گردن به جلو خوابیدن بلند شدن از حالت خوابیده
آیا سابقه درد مشابه به این درد را در گذشته داشته اید؟ بلی خیر اگر بلی، چه مدت قبل؟ _____ چه درمانی دریافت کردید؟ _____

سوالات اختصاصی مرتبط با Red Flag

- سرگیجه، تهوع، منگی؟ بلی خیر اختلال راه رفتن؟ بلی خیر
کاهش وزن ناخواسته/بی دلیل؟ بلی خیر درد شبانه؟ بلی خیر
سابقه تصادف و شکستگی در ناحیه گردنی؟ بلی خیر سابقه جراحی در ناحیه گردنی؟ بلی خیر
سابقه بیماری های مختلف؟ قلبی-عروقی، فشار خون، دیابت، روماتیسم مفصلی، تومور، سرطان و... بلی خیر
یافته های رادیولوژیکی (X-ray, MRI)؟ _____ تشخیص پزشک؟ _____

معاینه فیزیکی

- مشاهده پاسچر نشسته: صاف خمیده مشاهده پاسچر ایستاده: سر به جلو کیفوز پشتی
وجود انحراف جانبی گردن: بلی خیر اگر بلی، سمت راست؟ سمت چپ؟
نتیجه اصلاح پاسچر نشسته، ایستاده، انحراف جانبی: _____ کاهش درد افزایش درد بدون تغییر درد
تستهای نورولوژیک (در صورت داشتن علائم رادیکولوپاتی):
۱. ضعف و یا آتروفی: عضله ابدکتور شانه عضله دوسر بازویی عضلات فلکسیون و اکستانسیون مچ دست
۲. اختلال حسی بصورت گزگز، مورمور، سوزن سوزن شدن، بی حسی: بلی خیر
۳. اختلال رفلکس تاندونی عضله دو سر بازویی: کاهش یافته افزایش یافته بدون تغییر
۴. اختلال تحرک دورا (ULTT): بلی خیر

ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی - مبتنی بر روش McKenzie
 فرم ارزیابی بیماران گردن درد (ادامه)

Single Active ROM in Sitting

	Normal	Mild loss	Moderate loss	Severe loss	Pain
Protrusion					
Retraction					
Flexion					
Extension					
Lat. Flex (RT)					
Lat. Flex (LT)					
Rotation (RT)					
Rotation (LT)					

Repeated Movement Tests

Baseline Pain in Sitting			
	Pain During MVT	Pain After MVT	ROM Change
Retraction			
Retraction-Ext			
Protrusion			
Baseline Pain in Supine			
Retraction			
Retraction-Ext			
Baseline Pain in Sitting (If required)			
Lat. Flex (RT)			
Lat. Flex (LT)			
Rotation (RT)			
Rotation (LT)			
Flexion			

Diagnosis and Management (MVT Classification)

Provisional classification:

- Postural Dysfunction Derangement
 Others
 Central or Symmetrical Unilateral or Asymmetrical above elbow Unilateral or Asymmetrical below elbow

Management:

- Extension Principles Flexion Principles Lateral Principles Combined Principles
 Postural Education: Sitting Standing Lying

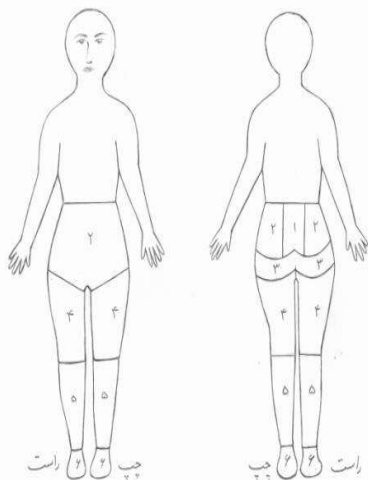
ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی - مبتنی بر روش McKenzie

فرم ارزیابی بیماران کمردرد

اطلاعات کلی

نام و نام خانوادگی: _____ جنس: مرد زن سن بیمار: _____ تاریخ مراجعه: _____
آدرس و شماره تلفن: _____
نوع ارجاع: خود ارجاعی توصیه دیگران از جانب پزشک معالج نام پزشک معالج: _____
شغل: _____
وضعیت یا حرکتی که در هنگام انجام شغل اتان بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد؟ نشستن ایستادن راه رفتن ترکیبی
فعالیت تفریحی: _____ آیا دلیل درد، فعالیت تفریحی اتان را متوقف کرده اید؟ بلی خیر
شدت درد (از ۰ تا ۱۰): درد حالت استراحت _____ درد حالت فعالیت _____ درد شبانه _____
مطابق شکل ذیل، محل دقیق دردی که تجربه کرده اید را مشخص کنید.

تاریخچه



چه مدت زمانی است که این درد را دارید؟ _____ علت ایجاد درد: _____
از زمان شروع علائم تا الان، شدت درد شما چه تغییری کرده است: کمتر شده بیشتر شده تغییری نکرد
از زمان شروع علائم تا الان، مکان درد شما چه تغییری کرده است: پخش شده جمع شده تغییری نداشت
درد ثابت: کمر ران ساق کمر ران ساق کمر ران ساق
کدام یک از وضعیتها و فعالیتهای ذیل، درد شما را افزایش می دهد؟
نشستن ایستادن خوابیدن بلند شدن از حالت نشسته خم شدن به جلو راه رفتن
کدام یک از وضعیتها و فعالیتهای ذیل، درد شما را کاهش می دهد؟
نشستن ایستادن خوابیدن بلند شدن از حالت نشسته خم شدن به جلو راه رفتن
آیا سابقه درد مشابه به این درد را در گذشته داشته اید؟ بلی خیر
اگر بلی، چه مدت قبل؟ _____ چه درمانی دریافت کردید؟ _____

سوالات اختصاصی مرتبط با Red Flag

تشدید علائم در هنگام سرفه و یا عطسه؟ بلی خیر مشکل / اختلال در دفع؟ بلی خیر
اختلال راه رفتن؟ بلی خیر کاهش وزن ناخواسته/بی دلیل؟ بلی خیر
سابقه تصادف و شکستگی در ناحیه کمری-لگنی؟ بلی خیر سابقه جراحی در ناحیه کمری-لگنی؟ بلی خیر
سابقه بیماری های مختلف؟ قلبی-عروقی، فشار خون، دیابت، روماتیسم مفصلی، تومور، سرطان و... بلی خیر
یافته های رادیولوژیکی (X-ray, MRI)؟ _____ تشخیص پزشک؟ _____

معاینه فیزیکی

مشاهده پاسچر نشسته: صاف خمیده مشاهده پاسچر ایستاده: لوردوز کاهش یافته لوردوز افزایش یافته لوردوز نرمال
وجود انحراف جانبی تنه: بلی خیر اگر بلی، سمت راست؟ سمت چپ؟ به سمت درد؟ به سمت مقابل درد؟
نتیجه اصلاح پاسچر نشسته، ایستاده، انحراف جانبی: _____
تستهای نورولوژیک (در صورت داشتن علائم رادیولوژیکی):
۱. ضعف و یا آنروقی: عضله چهار سر رانی عضلات دورسی فلکسور/پلاننار فلکسور راه رفتن روی پاشنه راه رفتن روی پنجه
۲. اختلال حسی بصورت گزگز، مورمور، سوزن سوزن شدن، بی حسی: بلی خیر
۳. اختلال رفلکس تاندونی عضله چهار سر رانی: _____ کاهش یافته افزایش یافته بدون تغییر
۴. اختلال تحرک دورا (SLP): بلی خیر

**ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی - مبتنی بر روش McKenzie
فرم ارزیابی بیماران کمردرد (ادامه)**

Single Active ROM in Standing

	Normal	Mild loss	Moderate loss	Severe loss	Pain
Lumbar Flexion					
Lumbar Extension					
Lumbar Lat. Shift, RT					
Lumbar Lat. Shift, LT					

Repeated Movement Tests

Baseline Pain in Standing			
	Pain During MVT	Pain After MVT	ROM Change
Lumbar Extension			
Lumbar Flexion			
Baseline Pain in Prone			
Lumbar Extension			
Baseline Pain in Supine			
Lumbar Flexion			
Baseline Pain in Standing (If required)			
Lumbar Lat. Shift, RT			
Lumbar Lat. Shift, LT			

Diagnosis and Management (MVT Classification)

Provisional classification:

Postural Dysfunction Derangement Others
 Central or Symmetrical Unilateral or Asymmetrical above knee Unilateral or Asymmetrical below knee

Management:

Extension Principles Flexion Principles Lateral Principles Combined Principles
 Postural Education: Sitting Standing Lying

Confirmed classification:

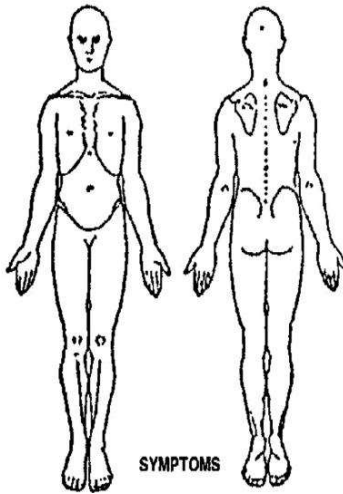
Postural Dysfunction Derangement Others
 Central or Symmetrical Unilateral or Asymmetrical above knee Unilateral or Asymmetrical below knee

ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی - مبتنی بر روش McKenzie فرم ارزیابی درد اندام فوقانی

اطلاعات کلی

- نام و نام خانوادگی: _____ جنس: مرد زن سن بیمار: _____ تاریخ مراجعه: _____
 آدرس و شماره تلفن: _____
 نوع ارجاع: خود ارجاعی توصیه دیگران از جانب پزشک معالج نام پزشک معالج: _____
 شغل: _____
 وضعیت یا حرکتی که در هنگام انجام شغل اتان بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد؟ نشستن ایستادن راه رفتن ترکیبی
 فعالیت تفریحی: _____ آیا بدلیل درد، فعالیت تفریحی اتان را متوقف کرده اید؟ بلی خیر
 شدت درد (از ۰ تا ۱۰): درد حالت استراحت _____ درد حالت فعالیت _____ درد شبانه _____
 مطابق شکل ذیل، محل دقیق دردی که تجربه کرده اید را مشخص کنید.

تاریخچه



- چه مدت زمانی است که این درد را دارید؟ علت ایجاد درد: _____
 از زمان شروع علائم تا الان، شدت درد شما چه تغییری کرده است: کمتر شده بیشتر شده تغییری نکرده
 وجود درد: ثابت متناوب
 تاریخچه درد گردنی: بلی خیر وجود پارستزی (گزگز و مورمور): بلی خیر
 کدام یک از وضعیتها و فعالیتهای ذیل، درد شما را افزایش می دهد؟
 نشستن چرخاندن گردن خم کردن گردن به جلو خوابیدن لباس پوشیدن و درآوردن
 دراز کردن دست برای دسترسی گرفتن اشیاء
 کدام یک از وضعیتها و فعالیتهای ذیل، درد شما را کاهش می دهد؟
 نشستن چرخاندن گردن خم کردن گردن به جلو خوابیدن لباس پوشیدن و درآوردن
 دراز کردن دست برای دسترسی گرفتن اشیاء
 درد در حالت استراحت: بلی خیر مکان درد: گردن شانه آرنج مچ دست
 استفاده مکرر باعث افزایش درد کاهش درد عدم تغییر درد می شود.
 وجود صدا یا قفل شدگی یا نیمه دررفتگی در مفصل: بلی خیر
 آیا سابقه درد مشابه به این درد را در گذشته داشته اید؟ بلی خیر اگر بلی، چه مدت قبل؟ _____
 کاهش وزن ناخواسته/بی دلیل؟ بلی خیر درد شبانه؟ بلی خیر
 سابقه تصادف و شکستگی؟ بلی خیر سابقه جراحی؟ بلی خیر
 سابقه بیماری های مختلف؟ قلبی-عروقی، فشار خون، دیابت، روماتیسم مفصلی، تومور، سرطان و... بلی خیر
 یافته های رادیولوژیکی (X-ray, MRI)؟ _____ تشخیص پزشک؟ _____

معاینه فیزیکی

- مشاهده پاسچر نشسته: صاف خمیده مشاهده پاسچر ایستاده: سر به جلو کیفوز پشتی
 نتیجه اصلاح پاسچر نشسته یا ایستاده: کاهش درد افزایش درد بدون تغییر درد
 تستهای نورولوژیک (در صورت داشتن علائم درد ارجاعی):
 اختلال حسی اختلال حرکتی اختلال رفلکسی اختلال دورا

ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی - مبتنی بر روش McKenzie
فرم ارزیابی درد اندام فوقانی (ادامه)

Extremities: Shoulder Elbow Wrist Hand

Single Active/Passive ROM

	Normal	Mild loss	Moderate loss	Severe loss	Pain During MVT	End range Pain
Flexion						
Extension						
Supination						
Pronation						
Abd/Rad. Deviat						
Add/Ulna. Deviat						
External Rotation						
Internal Rotation						

Single Resisted Movement

Movement	Flexion	Extension	Abd/Add	Ext/Int Rot	Sup/Pron
Pain					

Spine testing: Not relevant Relevant Secondary Problem

Repeated Movement Tests

Baseline Pain in Sitting					
	Symptom Response		Mechanical Response		
	Pain During MVT	Pain After MVT	ROM Change	Key functional test	Orthopedic test
Active/Passive MVT:					
• Flexion					
• Extension					
• Abd/Add					
• Ext/Int Rot					
• Sup/Pron					
Resisted MVT					
Functional Test					
Static Position					

Diagnosis and Management (MVT Classification)

Provisional classification:

Postural Articular Dysfunction Contractile Dysfunction Derangement Others

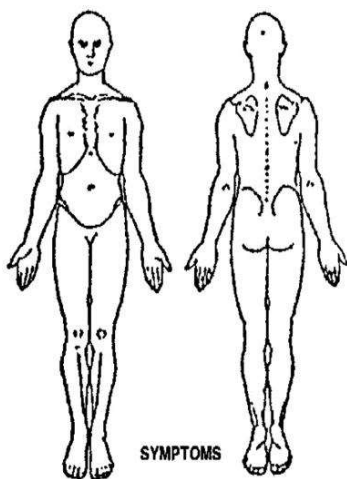
Management:

ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی - مبتنی بر روش McKenzie فرم ارزیابی درد اندام تحتانی

اطلاعات کلی

- نام و نام خانوادگی: _____ جنس: مرد زن سن بیمار: _____ تاریخ مراجعه: _____
 آدرس و شماره تلفن: _____
 نوع ارجاع: خود ارجاعی توصیه دیگران از جانب پزشک معالج نام پزشک معالج: _____
 شغل: _____
 وضعیت یا حرکتی که در هنگام انجام شغل اتان بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد؟ نشستن ایستادن راه رفتن ترکیبی
 فعالیت تفریحی: _____ آیا بدلیل درد، فعالیت تفریحی اتان را متوقف کرده اید؟ بلی خیر
 شدت درد (از ۰ تا ۱۰): درد حالت استراحت _____ درد حالت فعالیت _____ درد شبانه _____
 مطابق شکل ذیل، محل دقیق دردی که تجربه کرده اید را مشخص کنید.

تاریخچه



- چه مدت زمانی است که این درد را دارید؟ _____ علت ایجاد درد: _____
 از زمان شروع علائم تا الان، شدت درد شما چه تغییری کرده است؟ کمتر شده بیشتر شده تغییری نکرده
 وجود درد: ثابت متناوب
 تاریخچه درد کمری: بلی خیر وجود پارستزی (گزگز و مورمور): بلی خیر
 کدام یک از وضعیتهای و فعالیتهای ذیل، درد شما را افزایش می دهد؟
 نشستن، بلند شدن، شروع چند قدم اول ایستادن خم کردن کمر به جلو خوابیدن
 راه رفتن بالا و پایین رفتن از پله چمپاتمه زدن
 کدام یک از وضعیتهای و فعالیتهای ذیل، درد شما را کاهش می دهد؟
 نشستن، بلند شدن، شروع چند قدم اول ایستادن خم کردن کمر به جلو خوابیدن
 راه رفتن بالا و پایین رفتن از پله چمپاتمه زدن
 درد در حالت استراحت: بلی خیر مکان درد: کمر ران زانو مچ پا پا
 استفاده مکرر باعث افزایش درد کاهش درد عدم تغییر درد می شود.
 وجود صدا یا قفل شدگی یا خالی کردن مفصل: بلی خیر
 آیا سابقه درد مشابه به این درد را در گذشته داشته اید؟ بلی خیر اگر بلی، چه مدت قبل؟ _____ چه درمانی دریافت کردید؟ _____
 کاهش وزن ناخواسته/بی دلیل؟ بلی خیر درد شبانه؟ بلی خیر
 سابقه تصادف و شکستگی؟ بلی خیر سابقه جراحی؟ بلی خیر
 سابقه بیماری های مختلف؟ قلبی-عروقی، فشار خون، دیابت، روماتیسم مفصلی، تومور، سرطان و... بلی خیر
 یافته های رادیولوژیکی (X-ray, MRI) _____ تشخیص پزشک؟ _____

معاینه فیزیکی

- مشاهده پاسچر نشسته: صاف خمیده مشاهده پاسچر ایستاده: لوردوز کاهش یافته لوردوز افزایش یافته لوردوز نرمال
 نتیجه اصلاح پاسچر نشسته یا ایستاده: _____ کاهش درد افزایش درد بدون تغییر درد
 تستهای نورولوژیک (در صورت داشتن علائم درد ارجاعی): _____
 اختلال حسی اختلال حرکتی اختلال رفلکسی اختلال دورا

ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی - مبتنی بر روش McKenzie
فرم ارزیابی درد اندام تحتانی (ادامه)

Extremities: Hip Knee Ankle Foot

Single Active/Passive ROM

	Normal	Mild loss	Moderate loss	Severe loss	Pain During MVT	End range Pain
Flexion						
Extension						
Dorsi Flexion						
Plant Flexion						
Abd/Eversion						
Add/Inversion						
External Rotation						
Internal Rotation						

Single Resisted Movement

Movement	Flexion	Extension	Abd/Add	Ext/Int Rot
Pain				

Spine testing: Not relevant Relevant Secondary Problem

Repeated Movement Tests

Baseline Pain in Sitting					
	Symptom Response		Mechanical Response		
	Pain During MVT	Pain After MVT	ROM Change	Key functional test	Orthopedic test
Active/Passive MVT:					
• Flexion					
• Extension					
• Abd/Add					
• Ext/Int Rot					
Resisted MVT					
Functional Test					
Static Position					

Diagnosis and Management (MVT Classification)

Provisional classification:

Postural Articular Dysfunction Contractile Dysfunction Derangement Others

Management:

**فرم ارزیابی شماره هفت – ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای قلبی ، عروقی و تنفسی
(مبتنی بر سیستم ارزیابی پزشکی مشکل نگر (POMS))**

۱. بانک اطلاعاتی بیمار:

الف. اطلاعات اولیه بیمار (از پرونده پزشکی یا از طریق مصاحبه)

نام و نام خانوادگی:

سن:

جنس:

شغل:

وضعیت ازدواج:

ارجاع دهنده:

تشخیص:

تاریخ پذیرش:

آدرس:

شماره تماس:

شکایات اصلی:

تاریخچه کنونی پزشکی:

تاریخچه گذشته پزشکی: جراحی و بستری در بیمارستان جراحات و تصادفات بیماریهای

سیستم ایمنی آلرژی سایر

تاریخچه دارویی:

شماره	بیماری	داروها	مدت
۱	دیابت		
۲	فشار خون		
۳			

تاریخچه فامیلی:

تاریخچه اجتماعی:

تاریخچه فردی:

سابقه مصرف سیگار : خیر بله تعداد سال مصرف: سال

پاکت سال:

سابقه مصرف الکل : خیر بله تعداد سال مصرف: سال

میزان مصرف روزانه:

سایر سوابق مرتبط (تماس با آزیست و غیره):

ب. ارزیابی Subjective

علامت	مدت زمان	شدت	الگو	عوامل همراه	توضیحات
تنگی نفس					
سرفه					
خط					
خس خس					
درد قفسه سینه					
بی اختیاری					
تب					
سر درد					
ادم محیطی					

توانایی عملکردی: (در منزل، محل کار و فعالیت های تفریحی ارزیابی شود)
کیفیت زندگی: (بر اساس پرسشنامه SF-36 یا پرسشنامه های مشابه انجام شود)

فرم ارزیابی شماره هفت - فرم ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای قلبی ، عروقی و تنفسی (مبتنی بر سیستم ارزیابی پزشکی مشکل نگر (POMS)) (ادامه)

آگاهی از بیماری:

ج. ارزیابی Objective

❖ مشاهده عمومی:

قد : وزن : شاخص توده بدنی:

ظاهر عمومی: دیسترس قلبی ریوی اضطراب درد بیدار هوشیار متوجه طبیعی

نوع بدن: اکتومورفیک اندومورفیک مزومورفیک تنومند کاشکتیک ناتوان سایر

نمره GCS: دمای بدن : تعداد تنفس: فشارخون:

ضربان قلب:

ریتم پالس : منظم بطور منظم نامنظم (یک در میان ، سه در میان) بطور نامنظم نامنظم

(اگر بله ، ضربان قلب ___ ، کسری نبض ___ را بررسی کنید)

حجم پالس: (عدم وجود پالس: ۰ ؛ پالس به سختی حس شود: +۱؛ پالس تا حدودی کاهش یافته: +۲ ؛ طبیعی: +۳

؛ بی نظمی زیاد پالس: +۴)

فشار ورید مرکزی: فشار شریان ریوی: فشار داخل جمجمه:

دستگاهها: (به لوله ها و سیم هایی که به بیمار وصل می باشند توجه کنید)

دستها: (Clubbing، علائم Pan coast's tumor ، اثرات نیکوتین و غیره را مشاهده کنید)

چشم ها: (علائم کم خونی ، زردی و غیره را مشاهده کنید)

سیانوز: مرکزی محیطی

فشار ورید ژوگولار:

ادم محیطی:

❖ مشاهده قفسه سینه: شکل قفسه سینه: طبیعی غیر طبیعی

kyphoscoliosis scoliosis kyphosis Pectus excavatum Pectus carinatum

الگوی تنفس: حرکت قفسه سینه:

❖ لمس قفسه سینه:

نای:

اتساع قفسه سینه:

بخش فوقانی: متقارن عدم تقارن

بخش میانی: متقارن عدم تقارن

بخش تحتانی: متقارن عدم تقارن

امفیزم جراحی:

: vocal fremitus

بخش فوقانی:

بخش میانی:

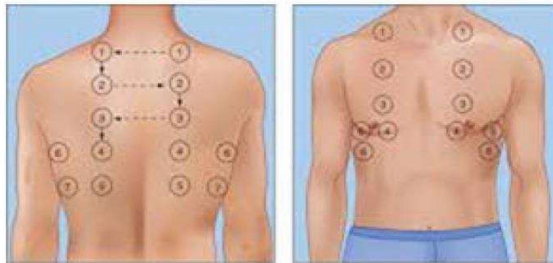
بخش تحتانی:

**فرم ارزیابی شماره هفت - فرم ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای قلبی ، عروقی و تنفسی
(بر اساس سیستم ارزیابی پزشکی مشکل نگر (POMS)) (ادامه)**

تدریس عضلات کمک تنفسی:

گره های لنفاوی:

- زیر بغلی: طبیعی غیر طبیعی گردنی: طبیعی غیر طبیعی زیر ترقوه: طبیعی غیر طبیعی
- ❖ پرکاشن : (بر اساس چارچوب زیر انجام شود)



نتایج پرکاشن:

- resonant hyper resonant stony dullness woody dullness

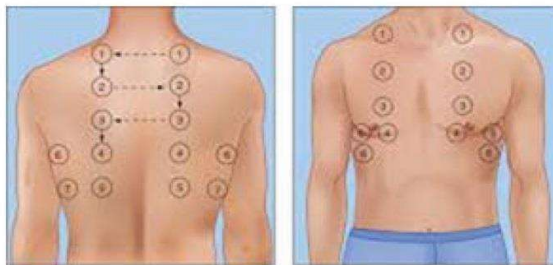
سطح لبه راست:

سطح لبه چپ:

سطح لبه قلب:

سطح عمل دیافراگم:

❖ سمع: (بر اساس چارچوب زیر سمع انجام می شود)



صداهای تنفس: کمیت: طبیعی غیر طبیعی کیفیت: طبیعی غیر طبیعی

صداهای اضافی:

در دم: ابتدا وسط انتها نرم خشن

در بازدم: wheeze rhonchi

سایش پلور:

vocal resonance: whispering pectoriloquy aegophony

صداهای قلبی:

❖ خلط

جنس: بزاقی موکوسی موکوسی چرکی چرکی کف آلود خلط خونی

رنگ: شفاف بی رنگ مانند سفیده تخم مرغ سیاه قهوه ای سفید کف آلود صورتی مایل به

سبز قرمز زله ای زنگ زده غلظت و قوام: نازک ضخیم چسبناک سفت کف آلود

مقدار: ناچیز / قاشق چایخوری / فنجان / پاینت (یک هشتم گالن) موقع از روز: صبح غروب

فرم ارزیابی شماره هفت – فرم ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای قلبی ، عروقی و تنفسی (بر اساس سیستم ارزیابی پزشکی مشکل نگر (POMS)) (ادامه)

بو:

❖ ظرفیت تمرینی (از shuttle walking test ، 6-minute walking test و آزمونهای مشابه استفاده کنید)

❖ بررسی های آزمایشگاهی:

اسپیرومتری:

گازهای خون شریانی:

تصویربرداری قفسه سینه:

الکترکاردیوگرام و اکوکاردیوگرام:

۲. لیست مشکلات

سیستم بین المللی	اختلال	محدودیت عملکردی

۳. برنامه ریزی اولیه درمان:

اهداف کوتاه مدت:

اهداف بلندمدت:

۴. یادداشت های پیشرفت بر اساس SOAP :

بررسی نتایج درمان بر اساس ICIDH-2:

۵. خلاصه ترخیص:

۶. بازبینی کیفیت درمان:

بازبینی ساختار:

بازبینی فرایند:

بازبینی نتایج:

نام و نام خانوادگی فیزیوتراپیست :

امضاء:

فرم ارزیابی شماره هشت - ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای زنان و زایمان - شرح حال ۱

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره پرونده	تاریخ ویزیت:	سن:
شکایت اصلی:		بدترین علامت:		
وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> مطلقه	نوع زایمان: <input type="checkbox"/> زایمان واژینال با وسیله <input type="checkbox"/> پارگی بزرگ ضمن زایمان	وضعیت قاعدگی: <input type="checkbox"/> سنین باروری <input type="checkbox"/> پره منوپوز <input type="checkbox"/> منوپوز <input type="checkbox"/> سایر	روش جلوگیری:	LMP: MIENSE: REG <input type="checkbox"/> IREGULAR <input type="checkbox"/>
وزن <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> قد <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
علائم ادراری تحتانی:				
SUI <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه:		دفع غیر طبیعی ادرار:		
اپیرودهای بی اختیاری ادرار در روز..... در ماه مقدار نشست ادرار:		Straining to void <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> چند قطره <input type="checkbox"/> خیس شدن لباس <input type="checkbox"/> دفع کامل		Intermittent Stream <input type="checkbox"/>		
OAB <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه: <input type="checkbox"/> Wet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dry		Incomplete Emptying <input type="checkbox"/>		
Mixed <input type="checkbox"/> S=U <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S>U <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> U>S		Post void Dribbling <input type="checkbox"/>		
Frequency <input type="checkbox"/> چند بار در روز:		Hesitancy <input type="checkbox"/>		
Urgency <input type="checkbox"/> چند بار در روز:		Poor Flow <input type="checkbox"/>		
Nocturia <input type="checkbox"/> چند بار در روز:		Hematuria <input type="checkbox"/>		
Recurrent Infections <input type="checkbox"/> چند بار در سال:		Dysuria <input type="checkbox"/>		
* از ۱-۱۰ به علامت ادراری خود چه نمره ای می دهید؟ (بهترین ۱، بدترین ۱۰)				
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰				
عملکرد حمایتی لگن:				
<input type="checkbox"/> خروج توده از واژن (پرولاپس)		مدت به ماه:		
<input type="checkbox"/> احساس سنگینی در لگن با پایین کمر		مدت به ماه:		
<input type="checkbox"/> Vaginal noise		مدت به ماه:		
* از ۱-۱۰ به علامت خود چه نمره ای می دهید؟ (بهترین ۱، بدترین ۱۰)				
Elaem defeci (gouarshi tachtani):				
علامت ندارد <input type="checkbox"/>		Splinting (<input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ≥25%)		
پیوست <input type="checkbox"/> مدت به ماه:		فشار به پرینه <input type="checkbox"/>		
Urgency <input type="checkbox"/> مدت به ماه:		انگشت در واژن <input type="checkbox"/>		
بی اختیاری کار <input type="checkbox"/> مدت به ماه:		باز کردن مقعد <input type="checkbox"/>		
بی اختیار مدفوع مایع <input type="checkbox"/> مدت به ماه:		علائم IBS <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
بی اختیار مدفوع جامد <input type="checkbox"/> مدت به ماه:		(ب) نوع رژیم غذایی <input type="checkbox"/> معمولی <input type="checkbox"/> کم فیبر <input type="checkbox"/> پرفیبر <input type="checkbox"/>		
برولایس رکتوم <input type="checkbox"/> مدت به ماه:		(ج) میزان تحرک <input type="checkbox"/> ورزش منظم <input type="checkbox"/> معمولی <input type="checkbox"/> کم تحرکی <input type="checkbox"/> بی تحرکی <input type="checkbox"/>		
:BRISTOL STOOL SCALE				
نوع ۱ <input type="checkbox"/> نوع ۲ <input type="checkbox"/> نوع ۳ <input type="checkbox"/> نوع ۴ <input type="checkbox"/> نوع ۵ <input type="checkbox"/> نوع ۶ <input type="checkbox"/> نوع ۷ <input type="checkbox"/>				
د) علایم خطر:				
هماتوشری <input type="checkbox"/>		تغییر ناگهانی قطر مدفوع <input type="checkbox"/>		
ملنا <input type="checkbox"/>		انمی <input type="checkbox"/>		
خون مخفی در مدفوع <input type="checkbox"/>		تیموع <input type="checkbox"/>		
تغییر ناگهانی عادات دفع <input type="checkbox"/>		استفراغ <input type="checkbox"/>		
علائم انسدادی روده <input type="checkbox"/>		سن < ۵۰ سال <input type="checkbox"/>		
* از ۱-۱۰ به علامت ادراری خود چه نمره ای می دهید؟ (بهترین ۱-بدترین ۱۰)				
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰				
ارزیابی پیوست:				
الف) معیارهای Rome III				
دفعات دفع مدفوع در هفته: ۳ بار و بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از ۲ بار <input type="checkbox"/>		تغییر ناگهانی قطر مدفوع <input type="checkbox"/>		
قوام مدفوع: <input type="checkbox"/> Hard ≤25% <input type="checkbox"/> Lumpy ≥25% <input type="checkbox"/> Loose only with laxative <input type="checkbox"/>		انمی <input type="checkbox"/>		
احساس تخلیه ناکامل: <input type="checkbox"/> ≥25% <input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/>		تیموع <input type="checkbox"/>		
زور زدن: <input type="checkbox"/> ≥25% <input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/>		تغییر ناگهانی عادات دفع <input type="checkbox"/>		
فشار شکمی: <input type="checkbox"/> ≥25% <input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/>		علائم انسدادی روده <input type="checkbox"/>		
دفع انسدادی: <input type="checkbox"/> ≥25% <input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/>		سن < ۵۰ سال <input type="checkbox"/>		
ه) بررسی ارگتها:				
<input type="checkbox"/> مسافرت ملین <input type="checkbox"/> مسافرت اخیر <input type="checkbox"/> تغییرات پوست و مو <input type="checkbox"/> عدم تحمل سرما <input type="checkbox"/>		ضعف عضلانی <input type="checkbox"/> GERD <input type="checkbox"/> گبجی <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> دیس فلزی <input type="checkbox"/> سنگ کلیه <input type="checkbox"/> تغییر میزان مصرف داروهای خانگی <input type="checkbox"/>		استفراغ با استفاده از دیورتیک <input type="checkbox"/>		

فرم ارزیابی شماره هشت - ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای زنان و زایمان - شرح حال ۲

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره پرونده:	تاریخ ویزیت:	تاریخ تولد:
درد:				
<input type="checkbox"/> درد ممانه	در چه حالتی:	مدت به ماه:	در چه حالتی:	مدت به ماه:
<input type="checkbox"/> درد حین دفع	در چه حالتی:	مدت به ماه:	در چه حالتی:	مدت به ماه:
*از ۱-۱۰ به علامت خود چه نمره ای می‌دهید؟ (بهترین ۱، بدترین ۱۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰				
عملکرد جنسی:		درمانهای قبلی:		
<input type="checkbox"/> فعال	<input type="checkbox"/> غیر فعال	<input type="checkbox"/> نداشته <input type="checkbox"/> ورزش kegel <input type="checkbox"/> فیزیوتراپی / بیوفیدبک <input type="checkbox"/> پساری <input type="checkbox"/> مشکل قابل توجهی ندارد <input type="checkbox"/> همسر مشکل دارد <input type="checkbox"/> ندارد		
<input type="checkbox"/> عدم رضایت بیمار	مدت به ماه:	جراحی‌ها: <input type="checkbox"/> BURCH/MMK <input type="checkbox"/> لاپاراسکوپی <input type="checkbox"/> SLING <input type="checkbox"/> TVT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Bulking agent <input type="checkbox"/> ترمیم قدامی <input type="checkbox"/> ترمیم خلفی <input type="checkbox"/> ساسپنشن کاف شکمی <input type="checkbox"/> ساسپنشن کاف واژینال <input type="checkbox"/> obliterative		
<input type="checkbox"/> عدم رضایت همسر	مدت به ماه:	درمانهای دارویی: دوز: مدت به ماه: <input type="checkbox"/> دتروزیتول <input type="checkbox"/> اکسی بوتینین <input type="checkbox"/> ایمی پرامین <input type="checkbox"/> آگونیسیت α <input type="checkbox"/> استروژن درمانهای دارویی دفعی: دوز: مدت به ماه:		
<input type="checkbox"/> دیسپارونی	<input type="checkbox"/> کاهش میل جنسی	<input type="checkbox"/> خشکی واژن		
<input type="checkbox"/> اختلال برانگیختگی در رسیدن به ارگاسم	مدت به ماه:	مدت به ماه:		
<input type="checkbox"/> بی اختیاری حین دخول	مدت به ماه:	مدت به ماه:		
<input type="checkbox"/> بی اختیاری حین نزدیکی	مدت به ماه:	مدت به ماه:		
<input type="checkbox"/> بی اختیاری حین هردو حالت	مدت به ماه:	مدت به ماه:		
*از ۱-۱۰ به علامت خود چه نمره ای می‌دهید؟ (بهترین ۱ - بدترین ۱۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰				
سابقه طبی و جراحی:				
سیگار: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله الکل: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله در صورت مثبت بودن چه مدت و چه مقدار:		نورولوژی: <input type="checkbox"/> آنزایمر <input type="checkbox"/> CVA <input type="checkbox"/> پارکینسون <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> دردسپاتیک غیره:		
دیابت: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> انسولینی <input type="checkbox"/> غیر انسولی		سردرد: <input type="checkbox"/> سرطان‌ها: <input type="checkbox"/> سرویکس <input type="checkbox"/> کولون <input type="checkbox"/> پستان غیره:		
<input type="checkbox"/> فشار خون	<input type="checkbox"/> سرفه مزمن	<input type="checkbox"/> گلوکوم	<input type="checkbox"/> فتق دیواره شکم	
<input type="checkbox"/> کلسترول بالا و هیپرلیپیدمی	<input type="checkbox"/> آسم	<input type="checkbox"/> جراحی روده - برداشتن قسمتی از روده	<input type="checkbox"/> فتق هیاتال و ریفلکس	
<input type="checkbox"/> بیماری عروق کرونر - سکته قلبی - آریتمی	<input type="checkbox"/> IBD - بیماری کرون	<input type="checkbox"/> جراحی مثانه - کلیه	<input type="checkbox"/> فیبرومیالژی	
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> IBS	<input type="checkbox"/> رادیوتراپی	<input type="checkbox"/> افسردگی	
سابقه طبی و جراحی دیگر:				
داروهای مصرفی:				
<input type="checkbox"/> E ₂ سیستمیک	<input type="checkbox"/> E ₂ واژینال	<input type="checkbox"/> پروژستین	<input type="checkbox"/> تستوسترون	<input type="checkbox"/> رالوکسیفن (Evista)
آنتی کولینرژیک ها:	<input type="checkbox"/> آکسی بوتینین	<input type="checkbox"/> دتروزیتول (تولترودین)	<input type="checkbox"/> Solifenacin (وزیکر)	
α بلوکرها:	<input type="checkbox"/> Clonidine	<input type="checkbox"/> پرازوسین	<input type="checkbox"/> ترازوسین	<input type="checkbox"/> ایمی پرامین
β بلوکرها:	<input type="checkbox"/> ایندرال	<input type="checkbox"/> Carvedilol (بلاک α و β غیرانتخابی)	<input type="checkbox"/> متوپرولول	
کلسیم بلوکرها:	<input type="checkbox"/> ادالات	<input type="checkbox"/> وراپامیل	<input type="checkbox"/> دیلتیازم	<input type="checkbox"/> آمیلودیپین
دیورتیکها:	<input type="checkbox"/> لازیکس	<input type="checkbox"/> اسپرینولاکتون	<input type="checkbox"/> هیدروکلروتیازید	
سایر موارد:	مسهل ها:	آنتی بیوتیک ها:	آنتی هیستامین ها:	آنتی دپرسان:
موارد دیگر دارویی (ضد التهابی، گوارشی، قلبی، ضد اضطراب، استاتین ها و...)				

فرم ارزیابی شماره هشت - ارزیابی فیزیوتراپی در بیماریهای زنان و زایمان - معاینه فیزیکی

نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره پرونده	تاریخ ویزیت	تاریخ تولد
معاینه عمومی CVA Tenderness <input type="checkbox"/> معاینه شکم:]	زانو: <input type="checkbox"/> DTR مچ پا: <input type="checkbox"/> کف پا: <input type="checkbox"/>	دورسی فلکسیون شست پا: <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/>
معاینه پلویک: ESST: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> Cough: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> ml: PVR			Sensation: <input type="checkbox"/> Ab NL <input type="checkbox"/> NL رفلکس ها: بولیوکاورنو: <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> چپ آنال وینک: <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> چپ	
Prolapse Staging			POP-Q	
۴	۳	۲	۱	۰
سرویکس				
کاف				
کمپارتمان قدامی				
پاراواژینال: <input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> سنترال <input type="checkbox"/> اپیکال <input type="checkbox"/>				
کمپارتمان خلفی				
انتروسل				
معاینه واژینال			معاینه رکتال: <input type="checkbox"/> انجام نشد	
آتروفی: <input type="checkbox"/> هایپرموبیلیتی اورترا: <input type="checkbox"/>			Rest (در حال استراحت) <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> زیاد	
فیستول: <input type="checkbox"/> ندارد			Squeeze (در حال انقباض) <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> زیاد	
اپیکال <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Ant <input type="checkbox"/>			Pushing (در حال زور زدن) <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> زیاد	
تون لواتور: <input type="checkbox"/>			دیس سینرژی <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
قدرت: <input type="checkbox"/> هیج <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/>			معاینه دو دستی واژن: <input type="checkbox"/> رحم: <input type="checkbox"/> آدنکس ها: <input type="checkbox"/>	
مدت: <input type="checkbox"/> هیج <input type="checkbox"/> کوتاه <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> طولانی <input type="checkbox"/>			معاینات دیگر:	
پرینه آل بادی: <input type="checkbox"/> نزول پرینه: <input type="checkbox"/>				
نقص پرینه: <input type="checkbox"/>				
پاراکلینیک: <input type="checkbox"/>				
آزمایش ادرار: <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> هماجوری <input type="checkbox"/> نیتريت <input type="checkbox"/>				
سونوگرافی: <input type="checkbox"/>				
ماموگرافی: <input type="checkbox"/>				
سایر Imaging: <input type="checkbox"/>				
آزمایشات خون و غیره: <input type="checkbox"/>				
UDS: <input type="checkbox"/>				
سیستوسکوپی: <input type="checkbox"/>				
پاپ اسمیر: <input type="checkbox"/>				
تشخیص:				

نام و نام خانوادگی فیزیوتراپیست:

امضاء:

بسمه تعالی

فرم تدوین راهنمای تجویز

مدت زمان ارائه	تواتر خدمتی		محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد خدمت		کد RVU	عنوان استاندارد
	تعداد دفعات مورد نیاز	اندریکاسیون کمتر		اندریکاسیون بیشتر	کاربرد خدمت						
۱۰ دقیقه	یکبار در شروع هر دوره درمانی		بخشهای بستری و مراکز سرپایی ارایه دهنده خدمات توانبخشی ریوی و منزل	اندریکاسیون کمتر *عدم رضایت و / یا عدم همکاری مراجعه کننده *عدم ثبات علائم حیاتی بیمار	کلیمه : بیماران سرپایی و بستری ارجاع شده	کارشناسان فیزیوتراپی و بالانتر	کلیمه پزشکان دارای حداقل مدرک پزشکی عمومی	* *	۹۰۱۶۲۰		ارزیابی و برنامه ریزی برای فیزیوتراپی بیمار به ازای هر دوره فیزیوتراپی

• تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش شود.

