



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

سازمان امور دانشجویان

مراکز بهداشت و درمان
دانشگاه‌های سراسر کشور

دفتر مشاوره و سلامت

طرح کارنامه سلامت جسم دانشجویان ورودی جدید
در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳

شماره پرونده	
شماره دانشجویی	
تاریخ تشکیل پرونده	

دانشجوی گرامی

حضور شما را در دانشگاه، مهد علم و اندیشه، گرامی می‌داریم.

پرسشنامه‌ی حاضر، همانند سال‌های گذشته توسط دفتر مشاوره و سلامت، به منظور بررسی سلامت تمامی دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری طراحی شده است. براساس تعهدات حرفه‌ای پزشکان و سایر کادر بهداشتی درمانی محرمانه بودن پاسخ‌ها به‌طور کامل رعایت می‌گردد و پرسشنامه‌ها صرفاً توسط دفتر مشاوره و سلامت به منظور تعیین وضعیت کلی سلامت جسمی دانشجویان انجام می‌پذیرد و توسط مرکز بهداشت و درمان هر دانشگاه برای برنامه‌ریزی اقدامات ارتقاء بهداشت جسمانی دانشجویان مورد استفاده قرار می‌گیرند. ضمناً خونگیری و اندازه‌گیری قند ناشتا و چربی خون توسط مرکز بهداشت دانشگاه انجام شده و اطلاعات آن در اختیار خود شما قرار داده خواهد شد. بعلاوه بخشی از اطلاعات ثبت شده در پرونده‌های ارتقاء سلامت به صورت محرمانه و بدون ذکر نام جهت انجام پروژه‌های پژوهشی در راستای سیاست‌گذاری‌های بهداشتی کشوری مورد استفاده قرار می‌گیرد. بدیهی است که اطلاعات فردی به شکل کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

با توجه به اهمیت اهداف طرح، خواهشمند است سؤالات زیر را مطالعه و به دقت همه آنها را پاسخ دهید. در صورت وجود هرگونه ابهام در سؤالات می‌توانید از همکاران مرکز بهداشت و درمان کمک بگیرید. پیشاپیش از همکاری صادقانه و دقت نظر شما دانشجوی عزیز سپاسگزار می‌شود. توجه داشته باشید در صورتی که براساس کتمان در پاسخگویی به سؤالات، نقص یا خللی در فرآیند معاینه ایجاد شود به نوعی که منجر به خسارت‌های جسمی، روحی یا معنوی در آینده گردد، مرکز بهداشت و درمان هیچگونه مسؤلیتی بر عهده نخواهد داشت.

امضاء دانشجو

۱- مشخصات عمومی دانشجو

۱. نام و نام خانوادگی:	۲. سن (به سال):
۳. جنسیت: ۱- مذکر <input type="checkbox"/> ۲- مؤنث <input type="checkbox"/>	۴. وضعیت تأهل: ۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متأهل <input type="checkbox"/> ۳- سایر <input type="checkbox"/> ذکر گردد
۵. نام دانشگاه:	۶. نام دانشکده:
۷. محل تولد (استان): شهر: ()	۸. ملیت: (برای دانشجویان غیر ایرانی)
۹. گروه خونی: نمی دانم <input type="checkbox"/>	۱۰. رشته تحصیلی پذیرفته شده:
۱۱. نوع پذیرش در دانشگاه: ۱- روزانه <input type="checkbox"/> ۲- شبانه/نوبت دوم <input type="checkbox"/>	
۱۲. مقطع تحصیلی پذیرفته شده در دانشگاه: ۱- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۲- کارشناسی <input type="checkbox"/> ۳- کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> ۴- دکترای حرفه‌ای <input type="checkbox"/> ۵- دکترای تخصصی <input type="checkbox"/>	
۱۳. نوع سهمیه پذیرفته شده: ۱- مناطق <input type="checkbox"/> ۲- خانواده شهدا <input type="checkbox"/> ۳- جانباز <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/> ذکر گردد	
۱۴. آدرس پست الکترونیک (ایمیل):	شماره تلفن ثابت / همراه:
۱۵. پیش بینی می‌کنید طی تحصیل در کجا سکونت دارید؟ ۱- با خانواده <input type="checkbox"/> ۲- در خوابگاه <input type="checkbox"/> ۳- در خانه اجاره‌ای با دوستان <input type="checkbox"/> ۴- در خانه اجاره‌ای به تنهایی <input type="checkbox"/>	
۱۶. آدرس (محل سکونت فعلی):	
۱۷. دارای دفترچه بیمه: ۱- خدمات درمانی <input type="checkbox"/> ۲- تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ۳- نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> ۴- بانک، شهرداری و غیره <input type="checkbox"/> ۵- بدون بیمه <input type="checkbox"/>	

۲- سوابق مواجهه با عوامل زیان آور محیطی:

۱۸. آیا تاکنون با موارد ذیل سروکار داشته اید؟
۱- سروصدای بیش از حد مجاز <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً منبع آن ذکر گردد _____

۲- ارتعاشات	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً منبع آن ذکر گردد _____
۳- اشعه	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً منبع آن ذکر گردد _____
۴- مواد شیمیایی	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً نام آن ذکر گردد _____
۵- مواد بیولوژیکی	خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> لطفاً نام آن ذکر گردد _____

۱۹. آیا در حال حاضر غیر از تحصیل، شاغل می باشید؟ خیر ۱- بلی ۲- لطفاً نام شغل و وظیفه شما در شغل ذکر گردد _____

۲۰. آیا تاکنون دوره آموزشی مرتبط با ایمنی در محیط آزمایشگاه یا کارگاه را گذرانده اید؟
 ۱- خیر ۲- بلی لطفاً نام دوره، مدت و محل آن ذکر گردد...
 ۳- با توجه به رشته تحصیلی قبلی ام نیازی به این دوره نداشته ام

موارد زیر توسط دانشجو تکمیل می گردد

۳- عادات سلامت فردی

۲۱. در طول یک هفته، چند روز حداقل به مدت سی دقیقه فعالیت بدنی دارید؟ (ورزش متوسط مانند پیاده روی سریع، شناکردن یا دوچرخه سواری و...)	۱- اصلاً ندارم <input type="checkbox"/> ۲- یک یا دو روز <input type="checkbox"/> ۳- سه یا چهار روز <input type="checkbox"/> ۴- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>
۲۲. در شبانه روز چند بار مسواک می زنید؟	۱- اصلاً مسواک نمی زنم <input type="checkbox"/> ۲- هر چند روز یکبار <input type="checkbox"/> ۳- یک بار <input type="checkbox"/> ۴- دو بار <input type="checkbox"/> ۵- سه بار <input type="checkbox"/>
۲۳. معمولاً الگوی خواب و بیداری شما چگونه است؟	۱- نداشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/> ۲- داشتن برنامه منظم <input type="checkbox"/>
۲۴. بطور متوسط در شبانه روز چند ساعت می خوابید؟	۱- بیش از ۱۰ ساعت <input type="checkbox"/> ۲- ۸-۱۰ ساعت <input type="checkbox"/> ۳- ۶-۸ ساعت <input type="checkbox"/> ۴- کمتر از ۶ ساعت <input type="checkbox"/>
۲۵. کدام یک از گزینه های زیر در مورد سیگار کشیدن در رابطه با شما صدق می کند؟ (در هفته)	۱- بیش از ده نخ <input type="checkbox"/> ۲- کمتر از ده نخ <input type="checkbox"/> ۳- به طور موردی مصرف می کنم <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>
۲۶. کدامیک از موارد ذیل در مورد مصرف قلیان برای شما صدق می کند؟ (در هفته)	۱- بیش از دو بار <input type="checkbox"/> ۲- یک تا دو بار <input type="checkbox"/> ۳- به طور موردی مصرف می کنم <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>
۲۷. در طول شبانه روز معمولاً چند ساعت با کامپیوتر یا سایر ابزار های کامپیوتری (مانند موبایل، تبلت، xbox و...) سروکار دارید؟	۱- بیش از چهار ساعت <input type="checkbox"/> ۲- دو تا چهار ساعت <input type="checkbox"/> ۳- کمتر از دو ساعت <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً استفاده نمی کنم <input type="checkbox"/>

۴- عادات غذایی:

۲۸. چند روز در هفته وعده کامل صبحانه می خورید؟ (صبحانه کامل شامل غلات یا کربوهیدرات مانند نان، لبنیات یا غذاهای کلسیم دار مانند پنیر و میوه می باشد)	۱- اصلاً نمی خورم <input type="checkbox"/> ۲- یک یا دو روز <input type="checkbox"/> ۳- سه یا چهار روز <input type="checkbox"/> ۴- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/>
۲۹. میزان مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ (یک سیب متوسط حدود ۱۵۰ گرم است)	۱- اصلاً میوه نمی خورم <input type="checkbox"/> ۲- کمتر از ۲۰۰ گرم <input type="checkbox"/> ۳- ۲۰۰ تا ۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/> ۴- بیشتر از ۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/>
۳۰. چند واحد سبزیجات تازه روزانه مصرف می کنید؟ (یک واحد سبزی = یک لیوان سبزی خام مانند سبزی خوردن یا کاهو، نصف لیوان سبزی پخته مانند هویج یا لوبیاسبز)	۱- به ندرت <input type="checkbox"/> ۲- یک واحد <input type="checkbox"/> ۳- دو واحد <input type="checkbox"/> ۴- بیشتر از دو واحد <input type="checkbox"/>
۳۱. تعداد دفعات استفاده شما از انواع شیرینی (کیک، شکلات و ...) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- دو یا سه بار در هفته <input type="checkbox"/> ۳- یک بار در هفته <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً نمی خورم <input type="checkbox"/>
۳۲. تعداد دفعات استفاده شما از تنقلات (پفک، پیپلا و ...) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- دو یا سه بار در هفته <input type="checkbox"/> ۳- یک بار در هفته <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>
۳۳. در طول هفته چند بار از نوشابه های گازدار شیرین، آب میوه های صنعتی و ماء الشعیر استفاده می کنید؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- یک یا دو روز در هفته <input type="checkbox"/> ۳- به ندرت <input type="checkbox"/>
۳۴. تعداد دفعات استفاده شما از غذاهای آماده (فست فود) در هفته چقدر است؟	۱- تمام روزهای هفته <input type="checkbox"/> ۲- دو یا سه بار در هفته <input type="checkbox"/> ۳- یک بار در هفته <input type="checkbox"/> ۴- اصلاً مصرف نمی کنم <input type="checkbox"/>

۳۵. روزانه چه میزان لبنیات مصرف می‌کنید؟ (یک واحد لبنیات برابر با یک لیوان شیر یا ماست یا دو قوطی کبریت پنیر)	۱- اصلاً مصرف نمی‌کنم <input type="checkbox"/>	۲- یک واحد <input type="checkbox"/>	۳- دو یا سه واحد <input type="checkbox"/>	۴- بیش از سه واحد <input type="checkbox"/>	
۳۶. آیا معمولاً هنگام خوردن غذا به آن نمک اضافه می‌کنید؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>			
۳۷. چه میزان غذای گوشتی و پروتئینی در هفته مصرف می‌کنید؟ (یک واحد پروتئین برابر است با یک قوطی کبریت گوشت قرمز بدون چربی یا سفید یا ماهی، یک قوطی کبریت پنیر، یک فنجان حبوبات یا یک عدد تخم مرغ)	۱- ۰-۴ واحد <input type="checkbox"/>	۲- ۵-۸ واحد <input type="checkbox"/>	۳- ۹-۱۲ واحد <input type="checkbox"/>	۴- ۱۳ واحد و بالاتر <input type="checkbox"/>	
۳۸. چه مدت زمانی را برای صرف یک وعده غذا اختصاص می‌دهید؟	۱- کمتر از ۱۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	۲- بین ۱۰ تا ۲۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	۳- بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	۴- بیشتر از ۳۰ دقیقه <input type="checkbox"/>	
۳۹. آیا بلافاصله (کمتر از یک ساعت) بعد از غذا چای می‌نوشید؟	۱- بلی <input type="checkbox"/>	۲- خیر <input type="checkbox"/>			
۴۰. در شش ماه گذشته وزن شما چه تغییری داشته است؟	۱- تغییر وزن نداشته‌ام <input type="checkbox"/>	۲- ده درصد افزایش وزن بدن یا بیشتر <input type="checkbox"/>	۳- ده درصد کاهش وزن بدن یا <input type="checkbox"/>	۴- تغییر وزن کمتر از ده درصد <input type="checkbox"/>	

۵- سابقه پزشکی فرد (کدام یک از مشکلات زیر را تاکنون داشته‌اید؟)

۴۱. گردش خون و قلب:	۱- بیماری قلبی <input type="checkbox"/>	۲- فشار خون بالا <input type="checkbox"/>	۳- کم‌خونی تأیید شده <input type="checkbox"/>	۴- بی‌نظمی ضربان قلب <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۶- هیچکدام <input type="checkbox"/>
۴۲. گوارش و کبد:	۱- مشکلات بلع <input type="checkbox"/>	۲- ترش کردن مکرر <input type="checkbox"/>	۳- ناراحتی معده و اثنی عشر <input type="checkbox"/>	۴- حالت تهوع مکرر <input type="checkbox"/>		
۴۳. بینایی:	۱- کوررنگی <input type="checkbox"/>	۲- دو بینی <input type="checkbox"/>	۳- کاهش دید <input type="checkbox"/>	۴- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>	
۴۴. گوش و حلق و بینی:	۱- وزوز گوش <input type="checkbox"/>	۲- کاهش شنوایی <input type="checkbox"/>	۳- سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/>	۴- خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود..... <input type="checkbox"/>	
۴۵. مغز و اعصاب:	۱- از دست دادن هشیاری <input type="checkbox"/>	۲- صرع و تشنج <input type="checkbox"/>	۳- سردرد مکرر <input type="checkbox"/>	۴- سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود.. <input type="checkbox"/>	
۴۶. ادراری / تناسلی:	۱- سنگ کلیه <input type="checkbox"/>	۲- عفونت <input type="checkbox"/>	۳- عفونت های دستگاه <input type="checkbox"/>	۴- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>	
۴۷. تنفسی:	۱- عفونت مکرر دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/>	۲- سرفه های بیش از دوهفته <input type="checkbox"/>	۳- آسم <input type="checkbox"/>	۴- تنگی نفس <input type="checkbox"/>		
۴۸. پوست:	۱- آکنه <input type="checkbox"/>	۲- عفونت های پوستی (قارچ و ...) <input type="checkbox"/>	۳- ناراحتی های پوستی <input type="checkbox"/>	۴- سایر ذکر شود..... <input type="checkbox"/>	۵- هیچکدام <input type="checkbox"/>	
۴۹. سایر موارد:	۱- احساس خستگی مزمن <input type="checkbox"/>	۲- دردهای اسکلتی-عضلانی <input type="checkbox"/>	۳- مشکلات مادرزادی <input type="checkbox"/>	ذکر شود... <input type="checkbox"/>		
۵۰. کدام یک از آسیب دیدگی و حوادث زیر برای شما اتفاق افتاده است؟	۱- شکستگی و آسیب استخوانی <input type="checkbox"/>	۲- ضربه مغزی <input type="checkbox"/>	۳- سوختگی شدید <input type="checkbox"/>	۴- برق گرفتگی <input type="checkbox"/>	۵- سایر ذکر شود <input type="checkbox"/>	
۵۱. آیا سابقه مصرف طولانی مدت دارو را دارید؟	نام دارو..... <input type="checkbox"/>	میزان مصرف..... <input type="checkbox"/>	مدت زمان مصرف..... <input type="checkbox"/>	علت مصرف..... <input type="checkbox"/>	نام دارو..... <input type="checkbox"/>	
۵۲. آیا شما به داروی خاصی حساسیت دارید؟	۱- خیر <input type="checkbox"/>	۲- بلی <input type="checkbox"/>	نام دارو..... <input type="checkbox"/>	نوع واکنش به دارو..... <input type="checkbox"/>		
۵۳. کدامیک از حساسیت های ذکر شده زیر را دارید؟	۱- غذا <input type="checkbox"/>	۲- محیط (گرده گیاهان، گرد و خاک و) <input type="checkbox"/>	سایر موارد را ذکر نمایید <input type="checkbox"/>			
۵۴. چه نوع دارویی را بدون تجویز پزشک مصرف می‌کنید؟	۱- آنتی بیوتیکها <input type="checkbox"/>	۲- مسکن های ساده <input type="checkbox"/>	۳- ویتامین و مکمل <input type="checkbox"/>	۴- داروهای آرام بخش <input type="checkbox"/>	۵- داروهای نیروزا <input type="checkbox"/>	
۶- بدون تجویز هر دارویی مصرف می‌کنم <input type="checkbox"/>	۷- بدون تجویز اصلاً مصرف نمی‌کنم <input type="checkbox"/>	۸- سایر موارد <input type="checkbox"/>	ذکر گردد..... <input type="checkbox"/>			

۶- سابقه پزشکی خانواده

۵۵. کدام یک از موارد زیر در خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) شما وجود دارد؟

۱- فشار خون بالا ۲- سابقه سکته قلبی زیر پنجاه سال ۳- دیابت (بیماری قند) ۴- سرطان نوع ذکر شود..... ۵- سل

۶- چربی خون بالا ۷- چاقی ۸- آلرژی ۹- بیماری‌های اعصاب و روان

۱۰- بیماری‌های کلیوی ۱۱- سکته مغزی ۱۲- آسم ۱۳- اختلالات ژنتیکی

۱۴- بیماری‌های قلبی و عروقی ۱۵- اختلال تیروئید ۱۶- مصرف دخانیات (سیگار، پپ، قلیان) ۱۷- هیچکدام

۷- ارزیابی عملکرد

۵۶. آیا در طی یک سال گذشته کاهش ناگهانی در سطح سلامت خود حس می‌کنید؟ ۱- بلی ۲- خیر

۵۷. آیا به دلیل بیماری خاصی در حال حاضر تحت مراقبت پزشک هستید؟ ۱- بلی بیماری ذکر گردد..... ۲- خیر

۵۸. آیا در حال حاضر درد خاص و یا مزمنی در خود احساس می‌کنید؟ ۱- بلی ذکر گردد..... ۲- خیر

۵۹. آیا بدلیل وجود مشکلی، فعالیت‌های شما در موارد زیر محدود شده است؟

۱- کار روزانه ۲- ورزش ملایم ۳- ورزش حرفه‌ای ۴- یادگیری

۶۰. هنگام انجام ورزش سنگین (مانند دویدن) دچار کدامیک از مشکلات زیر می‌شوید؟

۱- درد قفسه سینه ۲- سرفه ۳- سرگیجه ۴- هیچکدام

موارد زیر توسط پرستار و یا کارشناسان مرکز بهداشت تکمیل گردد

۸: معاینات جسمانی

۸-۱- اندازه‌گیری قد، وزن و فشار خون:

۶۱. قد (سانتی‌متر): ۶۳. وزن (کیلوگرم): ۶۵. فشار خون (میلی‌متر جیوه): /

۶۲. دور کمر (سانتی‌متر): ۶۴. دور باسن (سانتی‌متر):

۸-۲- اندازه‌گیری قدرت بینایی (طبیعی اصلاح شده)

۶۶. وضعیت بینایی چشم راست کدام گزینه است؟

۱- ۱۰/۱۰ ۲- ۹/۱۰ ۳- ۸/۱۰ و کمتر

۶۷. وضعیت بینایی چشم چپ کدام گزینه است؟

۱- ۱۰/۱۰ ۲- ۹/۱۰ ۳- ۸/۱۰ و کمتر

۸-۳- معاینه دهان و دندان

۶۸. وضعیت بهداشت دهان کدام گزینه است؟

۱- بد ۲- متوسط ۳- خوب

۶۹. وضعیت بهداشت لثه‌ها کدام گزینه است؟

۱- بیماری لثه (پیوره) ۲- التهاب لثه ۳- طبیعی

۷۰. تعداد دندان‌های پوسیده چند تا است؟

۱- صفر ۲- عدد

۷۱. تعداد دندان‌های پر شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟

۱- صفر ۲- عدد

۷۲. تعداد دندان‌های کشیده شده به علت پوسیدگی کدام گزینه است؟

۱- صفر ۲- عدد

۷۳. ارزیابی کارشناس:

نیاز به معاینه پزشک دارد؟ ۱- خیر ۲- بلی

۷۴. ارزیابی پزشک:

۱- سالم است و نیاز به پیگیری ندارد

۲- نیازمند پیگیری مرکز بهداشت و درمان است (اعم از نیاز به مراجعه مجدد، معاینه تکمیلی، ارجاع به متخصص یا سایر اقدامات پزشکی) تشخیص اولیه ذکر گردد

۳- تحت نظر پزشک معالج است تشخیص (ها):

۱-

۲-

۳-

۷۵. توضیحات:

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

۹: دارو درمانی:

با گسترش فرهنگ ورزش به ویژه ورزش هایی چون بدنسازی و نیز ورزش حرفه ای استفاده از داروهایی که ممکن است موجب بهبود عملکرد شوند نیز افزایش یافته است. این داروها ممکن است توسط پزشک تجویز شود یا توسط خود فرد تهیه گردد. پرسشنامه زیر برای بررسی میزان به کارگیری داروهای فوق و چگونگی کاربرد آنها تهیه شده است. خواهشمند است سوالات زیر را مطالعه و به دقت به آنها پاسخ دهید.

۱. از نظر فعالیت ورزشی (در گذشته یا حال) جزء کدام یک از دسته های زیر قرار می گیرید؟

الف ورزش در حد قهرمانی

ب ورزش سنگین

ج ورزش سبک یا تفریحی

د ورزش نمی کنم

۲. در صورتی که ورزش می کنید، به چه ورزشی می پردازید؟

الف کشتی

ب بدنسازی

ج وزنه برداری

د رزمی

ه) غیره ، لطفاً نام ببرید:

۳. آیا برای بهبود در عملکرد ورزشی خود به مصرف مکمل یا دارو یا پودر پرداخته اید؟

الف بله

ب خیر

در صورتی که پاسخ شما به این سوال منفی است نیاز به پاسخ دهی به سوالات بعد نمی باشد .

۴. در صورتی از دارو استفاده کرده اید، کدام یک از موارد زیر بوده است؟ (می توان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود)

- | | | | |
|-----|--------------------------|---|---------------------------------------|
| الف | هورمون رشد | ب | تستوسترون |
| ج | ناندرولون | د | متیل تستوسترون |
| ه | استانازول (Winstrol) | و | اکساندرولون (Anavar) |
| ز | (Methandienone) Dianabol | ح | (Drostanolone) Masteron |
| ط | (Trenbolone) Parabolan | ی | (boldenone) Equipoise |
| ک | انسولین | ل | سایر داروها، لطفاً نام ببرید : _____ |
| م | کراتین | ن | گلوتامین |
| س | پودر وی (Whey) | ع | سایر پودرها ، لطفاً نام ببرید : _____ |

۵. در صورتی که از هر یک از موارد بالا استفاده کرده اید، حداکثر چه مدت بوده است؟

- الف کمتر از ۳ ماه
- ب سه تا ۶ ماه
- ج ۶ ماه تا یک سال
- د بیش از یک سال

۶. چه مدت است که دیگر از داروهای فوق استفاده نمی کنید؟

- الف هنوز استفاده می کنم
- ب کمتر از سه ماه
- ج سه ماه تا ۶ ماه
- د بیش از یک سال

۷. داروی فوق توسط چه کسی برای شما تجویز شده است؟ (می توان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود)

- الف فوق تخصص غدد
- ب پزشک متخصص طب ورزش
- ج پزشک عمومی با تجربه در امور داروهای بدنسازی
- د پزشک با تخصص دیگر (لطفاً نوع تخصص را نام ببرید) : _____
- ه مربی باشگاه
- و افراد با تجربه باشگاه
- ز مطالعه در کتاب و اینترنت و پرس و جو با نظر شخصی

۸. اولین باری که از داروهای فوق استفاده کرده اید حدوداً در چه سنی بوده است؟ — سال

۹. آیا بعد از قطع یا در حین مصرف داروها دچار هیچ یک از بیماری های زیر شده اید؟ (می توان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود)

- | | | | |
|-----|---|---|--------------------|
| الف | افسردگی | ب | بیماری های اضطرابی |
| ج | اختلالات خواب | د | هیپاتیت |
| ه | کاهش میل جنسی | و | بیماری پوستی |
| ز | فشار خون | ح | ژنیکوماستی |
| ط | مشکل در باروری و فرزنددار شدن به طوری که به پزشک مراجعه نموده باشید | | |

۱۰. آیا شده است خواسته باشید که دیگر داروهای فوق را هرگز مصرف نکنید ولی به علل مختلف جسمی یا روحی آن را ادامه داده باشید یا مجدداً شروع کرده باشید؟

- الف بله
ب خیر

۱۱. مهمترین علتی که به مصرف داروهای فوق روی آورده اید، چیست؟

- الف فکر می کنم با استفاده از این داروها تناسب اندامی را که ندارم به دست خواهم آورد.
ب فکر می کنم با استفاده از این داروها تناسب اندام من بهتر خواهد شد.
ج برای کسب مقام و رتبه بالاتر ورزشی از آن استفاده می کنم.

۱۲. آیا داروی دیگری هم مصرف می کنید؟

- | | | | |
|-----|----------------------------|---|---------------------------------|
| الف | داروهای خواب آور | ب | داروهای مسکن |
| ج | داروهای افزایشنده میل جنسی | د | داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب |
| ه | داروهای مدر (ادرار آور) | و | داروهای تیروئید |
| ز | داروهای مخدر | ح | انواع ویتامین ها یا مکمل ها |
| ط | الکل | ی | داروهای محرک (آمفتامین و ...) |
| ک | پروپرانولول | ل | hMG یا hCG |
| م | کارنیتین | ن | غیره ، لطفاً نام ببرید : _____ |

۱۰: کیفیت زندگی

چند سؤال بعد در باره سلامت شما در حال حاضر است. برای هر یک از ۵ گروه حالاتی که ذکر شده است، شماره ی حالتی را که سلامت امروز شما را بهتر توصیف می کند مشخص کنید.

۱- تحرک

- ۱- من برای حرکت کردن مشکلی ندارم
۲- من برای حرکت تا اندازه های مشکل دارم
۳- من زمین گیر شده ام و نمی توانم حرکت کنم

۲- مراقبت از خود

- ۱- من برای مراقبت از خودم مشکلی ندارم.
۲- من برای شست و شوی خود و تعویض لباس هایم تا اندازه های مشکل دارم
۳- من قادر به شست و شوی خود و تعویض لباس هایم نیستم.

۳- فعالیت‌های معمول

- ۳-۱ من برای انجام فعالیت‌های معمول خودم مشکلی ندارم
(نظیر کار، مطالعه، کارهای خانه، امور مربوط به خانواده و اوقات فراغت)
- ۳-۲ من برای انجام کارهای معمول خودم تا اندازه‌ای مشکل دارم
- ۳-۳ من قادر به انجام فعالیت‌های معمول خودم نیستم

۴- درد/ ناراحتی

- ۱- من هیچ‌گونه درد یا ناراحتی ندارم
- ۲- من تا اندازه‌ای درد و ناراحتی دارم
- ۳- من بیش از حد درد و ناراحتی دارم

۵- اضطراب/ افسردگی

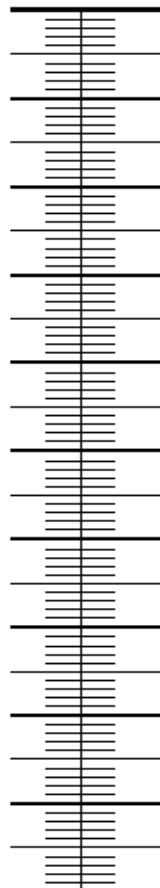
- ۱- من مضطرب یا افسرده نیستم
- ۲- من تا اندازه‌ای مضطرب یا افسرده هستم
- ۳- من بیش از اندازه مضطرب یا افسرده هستم

۶- حالا من می‌خواهم شما به من بگویید که نظرتان در باره‌ی سلامت امروزتان چیست. برای آنکه در این کار به شما کمک کنیم مقیاسی شبیه یک دماسنج را برای شما در این صفحه رسم کرده‌ایم. در این مقیاس بهترین حالت سلامتی قابل تصور معادل ۱۰۰ و بدترین حالت معادل صفر در نظر گرفته شده است. لطفاً با کشیدن یک فلش در کناره چپ شکل به سوی نقطه‌ای که معرف سلامت شما در حال حاضر است، نظر خود را در این مورد اعلام کنید.

بهترین حالت سلامتی

قابل تصور

۱۰۰



وضعیت سلامت پاسخگو

بدترین حالت سلامتی

قابل تصور

۱. کدامیک از موارد زیر در مورد قاعدگی شما صحت دارد؟

- فاصله بیش از ۳۵ روز بین دو قاعدگی
 عدم قاعدگی برای ۴ ماه یا بیشتر
 کمتر از ۸ دوره قاعدگی در سال
 هیچکدام

۲. آیا سیکل قاعدگی شما (فاصله از شروع یک قاعدگی تا شروع قاعدگی بعد) اغلب (بیش از ۲ بار در سال) طولانی تر از ۳۵ روز است؟
 بلی خیر

۳. کدام یک از موارد زیر در شما صادق است؟

- آکنه در بزرگسالی
 آکنه شدید در نوجوانی
 ریزش مو با الگوی مردانه

۴. آیا سابقه خانوادگی تخمدان پلی کیستیک (تنبلی تخمدان) را دارید؟ بلی خیر نمی دانم

۵. در صورت تأهل، آیا سابقه نازایی (بیش از یکسال: عدم بارداری به مدت ۲ ماه یا بیشتر مشروط به عدم استفاده از روش های پیشگیری) دارید؟
 بلی خیر

۶. آیا سابقه موهای زائد در صورت و بدن دارید؟ بلی خیر در صورت بلی به موارد زیر پاسخ دهید:

۷. سن شروع موهای زائد (هیرسوتیسم): _____

۸. محل موهای زائد: (بر اساس شکل)

محل	درجه بندی			
	۴	۳	۲	۱
بالای لب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
چانه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قفسه سینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بازو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بالای شکم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
پایین شکم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بالای پشت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
پایین پشت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۱۲: خلق و خو

در ۲ هفته گذشته حال خود را چگونه احساس کرده اید؟

لطفا یکی از ۵ اظهاراتی را که به بهترین وجه بیانگر احساس شما می باشد با علامت ضربدر مشخص کنید. توجه داشته باشید که عدد بزرگتر نشانگر میزان بهتر تندرستی است.

مثال: اگر در کمی بیشتر از نیمی از اوقات در ۲ هفته گذشته، خود را شاد و خوش خلق احساس کرده اید در مربعی که عدد ۳ در کنار آن قرار دارد علامت ضربدر بگذارید.

در طول ۲ هفته گذشته:						
۱. شاد و خوش خلق بوده ام.						
تمام اوقات	بیشتر اوقات	کمی بیشتر از نیمی از اوقات	کمی کمتر از نیمی از اوقات	بعضی اوقات	هیچ وقت	
۵ □	۴ □	۳ □	۲ □	۱ □	۰ □	
۲. احساس آرامش و راحتی داشته ام.						
تمام اوقات	بیشتر اوقات	کمی بیشتر از نیمی از اوقات	کمی کمتر از نیمی از اوقات	بعضی اوقات	هیچ وقت	
۵ □	۴ □	۳ □	۲ □	۱ □	۰ □	
۳. احساس می کنم که فعال و پر انرژی بوده ام.						
تمام اوقات	بیشتر اوقات	کمی بیشتر از نیمی از اوقات	کمی کمتر از نیمی از اوقات	بعضی اوقات	هیچ وقت	
۵ □	۴ □	۳ □	۲ □	۱ □	۰ □	
۴. شاداب و آسوده بیدار شده ام.						
تمام اوقات	بیشتر اوقات	کمی بیشتر از نیمی از اوقات	کمی کمتر از نیمی از اوقات	بعضی اوقات	هیچ وقت	
۵ □	۴ □	۳ □	۲ □	۱ □	۰ □	
۵. زندگی روزمره ام مملو از چیزهای مورد علاقه من بوده است.						
تمام اوقات	بیشتر اوقات	کمی بیشتر از نیمی از اوقات	کمی کمتر از نیمی از اوقات	بعضی اوقات	هیچ وقت	
۵ □	۴ □	۳ □	۲ □	۱ □	۰ □	

۱۳: در ۲ هفته گذشته، موارد زیر چقدر برای شما آزاردهنده بوده است؟

۱. کم علاقه گی یا کم لذت بردن از کارها و فعالیت های روزمره	اصلا	بعضی روزها	بیش از نیمی از روزها	تقریبا هر روز
	□	□	□	□
۲. احساس دل تنگی، افسردگی، یا ناامیدی.	اصلا	بعضی روزها	بیش از نیمی از روزها	تقریبا هر روز
	□	□	□	□
۳. اختلال در به خواب رفتن و تداوم خواب یا خوابیدن بیش از حد.	اصلا	بعضی روزها	بیش از نیمی از روزها	تقریبا هر روز
	□	□	□	□
۴. احساس خستگی کردن یا کم انرژی بودن.	اصلا	بعضی روزها	بیش از نیمی از روزها	تقریبا هر روز
	□	□	□	□

۵. بی‌اشتهایی یا پرخوری.	اصلا <input type="checkbox"/>	بعضی روزها <input type="checkbox"/>	بیش از نیمی از روزها <input type="checkbox"/>	تقریباً هر روز <input type="checkbox"/>
۶. احساس بد نسبت به خود داشتن، یا احساس شکست خوردن، یا احساس سرشکستی خود و خانواده	اصلا <input type="checkbox"/>	بعضی روزها <input type="checkbox"/>	بیش از نیمی از روزها <input type="checkbox"/>	تقریباً هر روز <input type="checkbox"/>
۷. اشکال در تمرکز کردن در اموری مثل خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون.	اصلا <input type="checkbox"/>	بعضی روزها <input type="checkbox"/>	بیش از نیمی از روزها <input type="checkbox"/>	تقریباً هر روز <input type="checkbox"/>
۸. آهسته حرکت کردن یا صحبت کردن طوری که سایر افراد متوجه شوند یا بر عکس ناراحت و بیقرار بودن که باعث آشفتگی و سرگردانی شما شود.	اصلا <input type="checkbox"/>	بعضی روزها <input type="checkbox"/>	بیش از نیمی از روزها <input type="checkbox"/>	تقریباً هر روز <input type="checkbox"/>
۹. افکاری به مغزتان خطور کند که بگویید کاش می‌مردم یا بخواهید از طریقی به خودتان صدمه وارد کنید	اصلا <input type="checkbox"/>	بعضی روزها <input type="checkbox"/>	بیش از نیمی از روزها <input type="checkbox"/>	تقریباً هر روز <input type="checkbox"/>
اگر هرکدام از موارد فوق در مورد شما صادق بوده، چقدر آن مشکلات روزانه شما را در انجام کارهای خود دچار مشکل کرده یا باعث اختلال در رابطه شما با دیگران شده است؟	اصلا مشکل نبوده <input type="checkbox"/>	کمی مشکل بوده <input type="checkbox"/>	خیلی مشکل بوده <input type="checkbox"/>	خیلی خیلی مشکل بوده <input type="checkbox"/>

۱۴: فعالیت فیزیکی

این فرد دارای الگوی فعالیت فیزیکی ثابت / متفاوت در طول سال است.

دسته بندی	نوع فعالیت فیزیکی	شکل	دقیقه / ساعت
PA1	در طول شبانه روز، خواب شبانه شما، بطور متوسط چقدر است؟		_____
PA2	در طول ۲۴ ساعت، خواب عصر هنگام یا بین روز شما چقدر است؟		_____
PA3	در طول شبانه روز، اگر مدت زمان بیش از ۱۰ دقیقه، در خواب نیستید، اما در حالت دراز کشیده (بر روی تخت، رختخواب یا زمین) استراحت مینمایید، آنرا نیز مشخص نمایید؟		_____
PB1	در طول شبانه روز، چه مدت زمانی را به تماشای تلویزیون، گوش دادن موسیقی، تماشای فیلم یا کامپیوتر و موارد مشابه، مشغول هستید؟		_____
PB2	در طول شبانه روز، چه مدت زمانی را به مطالعه کتاب، مجله، روزنامه و یا موارد مشابه، مشغول هستید؟		_____
PC1	در طول شبانه روز، چه مدت زمانی را به انجام کار اداری پشت میز و نشسته، مشغول هستید؟		_____
PC2	در طول شبانه روز، چه مدت زمانی را به کار با رایانه (پشت میز یا هر وضعیت دیگری)، مشغول هستید؟		_____
PC3	در طول شبانه روز، چه مدت زمانی را به غذا خوردن، نشستن در جلسات، میهمانیها، همایشها و مشابه آن، مشغول هستید؟		_____
PD1	در طول شبانه روز، چه مدت زمانی را به آشپزی، طبخ انواع غذاها، شستن ظرفها، فعالیتهای ایستاده و مشابه آن، مشغول هستید؟		_____

_____		در طول شبانه روز، چه مدت زمانی را به رانندگی (موتور، خودروی سبک یا سنگین)، کارهای اپراتوری نشسته (با فعالیت فیزیکی مشابه رانندگی) و مشابه آنها، مشغول هستید؟	PD2
_____		در طول شبانه روز، چه مدت زمانی را به کارهای سبک نظافت منزل، شستن انواع البسه، جارو کردن و مشابه آن، مشغول هستید؟	PE1
_____		در طول شبانه روز، آیا مدت زمانی را به انجام کارهایی مانند فروشنده مواد غذایی سیار، هر نوع فروشنده در حد آن یا مشابه آن، مشغول هستید؟ اگر بلی، چه مدت زمانی؟	PE2
_____		در طول شبانه روز، چه مدت زمانی را به پیاده روی یا راه رفتن آهسته، پایین رفتن از پله، حرکات ورزشی یا حرکات موزون آرام و مشابه آن، مشغول هستید؟	PE3
_____		در طول شبانه روز، آیا مدت زمانی را به پیاده روی سریع، انجام ورزش انوربیک سبک، دوچرخه سواری تفریحی، دوچرخه سواری بمنظور تردد بین منزل تا محل کار یا مشابه آن، مشغول هستید؟ اگر بلی، چه مدت زمانی؟	PF1
_____		در طول شبانه روز، آیا مدت زمانی را به انجام کارهایی مانند رانندگی ادوات کشاورزی، ماشین آلات راهسازی، یا هر نوع فعالیت مشابه، مشغول هستید؟ اگر بلی، چه مدت زمانی؟	PF2
_____		آیا در طول شبانه روز، مدت زمانی را به مشاغل فنی سبک (تعویض روغن، سرویس خودرو، کارواش، خدمات رنگ خودرو، باتریسازی و ...) مشغولید؟ اگر بلی، چه مدت زمانی؟	PF3
_____		در طول شبانه روز، آیا به انجام کارهایی مانند مشاغل بنایی سبک (گچکاری، نقاشی، کاشیکاری)، نجاری یا هر نوع فعالیت مشابه، مشغول هستید؟ اگر بلی، چه مدت زمانی؟	PF4
_____		در طول شبانه روز، آیا زمانی را به انجام کارهایی مانند حمل اسباب و اثاثیه، حمل اشیاء سبک از پله ها، یا هر نوع فعالیت مشابه، مشغول هستید؟ اگر بلی، چه مدت زمانی؟	PG1
_____		در طول شبانه روز، آیا زمانی را به انجام کارهایی مانند باغبانی، فعالیتهای کشاورزی سبک، یا هر نوع فعالیت مشابه، مشغول هستید؟ اگر بلی، چه مدت زمانی؟	PG2
_____		در طول شبانه روز، آیا زمانی را به انجام مشاغلی مانند مشاغل فنی سنگین (خدمات موتور خودرو، جلوبندی، آهنگری، تراشکاری، ریخته گری و ...) کار در کارگاههای چوب بری، یا هر نوع فعالیت مشابه، مشغول هستید؟ اگر بلی، چه مدت زمانی؟	PG3
_____		در طول شبانه روز، آیا زمانی را به انجام فعالیتهای کارگری یا کشاورزی سنگین (توام با یکی از موارد بیل زدن، تبر زدن، پتک زدن، چکش زدن)، پارو کردن برف، حمل اشیاء سنگین از پله ها یا هر نوع فعالیت مشابه، مشغول هستید؟ اگر بلی، چه مدت زمانی؟	PH1
_____		در طول شبانه روز، آیا زمانی را به انجام ورزشهایی مانند بدنسازی، ورزش انوربیک سنگین یا هر نوع فعالیت مشابه، مشغول هستید؟ اگر بلی، چه مدت زمانی؟	PH2
_____	_____	چنانچه در طول یک هفته، چه ورزش/ورزشهایی را انجام میدهد، ابتدا کد ۵ رقمی آنرا مشخص نموده، سپس بطور متوسط، مدت زمان آن ورزش در هفته را نیز مشخص نمایید (حداکثر تا ۳ ورزش): نام ورزش ۱: نام ورزش ۲: نام ورزش ۳:	PI
۲۴/۰۰	جمع ساعات در شبانه روز		

۱۵: وضعیت اجتماعی اقتصادی:

تحصیلات پدر بر اساس سالهای تحصیل ایشان، بدون احتساب سالهای مردودی چقدر است؟ _____ سال
تحصیلات مادر بر اساس سالهای تحصیل ایشان، بدون احتساب سالهای مردودی چقدر است؟ _____ سال
آیا دارای خودرو شخصی (بطور کاملا مستقل از خودرو خانواده، همسر و یا هر فرد دیگر) هستید؟ <input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر
در صورت تیکه پاسخ سوال قبل بلی است، آیا از این خودرو بعنوان وسیله کسب درآمد نیز استفاده میشود؟ <input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر
کدامیک از گزینه های زیر، بیشترین انطباق را با ارزش ریالی گوشی تلفن همراه شما دارد (منظور در زمان خرید گوشی تلفه همراه توسط شماست و نه ارزش فعلی آن)؟ ۱- تلفن همراه ندارم <input type="checkbox"/> ۲- ارزش کمتر از ۲۰۰ هزار تومان <input type="checkbox"/> ۳- ارزش ۲۰۰ هزار تومان تا کمتر از ۵۰۰ هزار تومان <input type="checkbox"/> ۴- ارزش ۵۰۰ هزار تومان تا کمتر از ۱ میلیون تومان <input type="checkbox"/> ۵- ارزش ۱ میلیون تا کمتر از ۱,۵۰۰,۰۰۰ تومان <input type="checkbox"/> ۶- ارزش ۱,۵۰۰,۰۰۰ تا کمتر از ۲ میلیون تومان <input type="checkbox"/> ۷- ارزش ۲ میلیون تومان یا بالاتر از آن <input type="checkbox"/>
آیا دارای رایانه شخصی یا لپ تاپ هستید؟ <input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر
در صورت تیکه پاسخ سوال قبل بلی است، کدامیک از گزینه های زیر، بیشترین انطباق را با ارزش ریالی لپ تاپ شما دارد (منظور در زمان خرید لپ تاپ توسط شماست و نه ارزش فعلی آن)؟ ۱- تلفن همراه ندارم <input type="checkbox"/> ۲- ارزش کمتر از ۲۰۰ هزار تومان <input type="checkbox"/> ۳- ارزش ۲۰۰ هزار تومان تا کمتر از ۵۰۰ هزار تومان <input type="checkbox"/> ۴- ارزش ۵۰۰ هزار تومان تا کمتر از ۱ میلیون تومان <input type="checkbox"/> ۵- ارزش ۱ میلیون تا کمتر از ۱,۵۰۰,۰۰۰ تومان <input type="checkbox"/> ۶- ارزش ۱,۵۰۰,۰۰۰ تا کمتر از ۲ میلیون تومان <input type="checkbox"/> ۷- ارزش ۲ میلیون تومان یا بالاتر از آن <input type="checkbox"/>

۱۶: وضعیت مواجهه با نور آفتاب

دانشجوی محترم، لطفا یک هفته از ماههای تابستان سال ۹۳ و یک هفته از ماههای زمستان سال ۹۲ را در نظر بگیرید. این هفته ها را جوری انتخاب کنید که تقریباً نشانگر متوسط وضعیت مواجهه شدن شما با نور آفتاب باشد. حال وضعیت تماس خود با نور آفتاب را، بر حسب مدت زمان مواجهه و سطحی از بدن شما که در تماس با نور آفتاب است، مشخص فرمایید. لازم به ذکر است که منظور از تماس با نور آفتاب، تماس موثر است. به عبارت دیگر، تماس با نور آفتاب پس از گذر از موانعی از قبیل هر نوع شیشه با کیفیتهای متفاوت، شیشه خودرو، انواع کرمها، لوسیونها یا اسپری های ضد آفتاب، عینکهای آفتابی مختلف، چترها و سایر موانع فیزیکی، نور آفتاب موثر تلقی نمیگردد.

وضعیت مواجهه با نور آفتاب در یک هفته از تابستان ۹۳

روزهای هفته	مدت زمان مواجهه موثر در روز			سطحی از بدن که مواجهه موثر دارد		
	کمتر از ۵ دقیقه	۵ تا ۳۰ دقیقه	بیش از ۳۰ دقیقه	دستها و صورت	دستها، صورت و بازوها	دستها، صورت و پاها
شنبه						
یکشنبه						
دوشنبه						
سه شنبه						
چهارشنبه						
پنج شنبه						
جمعه						

وضعیت مواجهه با نور آفتاب در یک هفته از زمستان ۹۲

سطحی از بدن که مواجهه موثر دارد				مدت زمان مواجهه موثر در روز			روزهای هفته
تماس تمام بدن (حمام آفتاب)	دستها، صورت و پاها	دستها، صورت و بازوها	دستها و صورت	بیش از ۳۰ دقیقه	۵ تا ۳۰ دقیقه	کمتر از ۵ دقیقه	
							شنبه
							یکشنبه
							دوشنبه
							سه شنبه
							چهارشنبه
							پنج شنبه
							جمعه

امضاء کارشناس :

امضاء پزشک :