



## گزارش تغییر رفتاری بیمار فرسایش مغز

جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	سن: سال	*نوع دمانس - بنویسید: نمی‌دانم <input type="checkbox"/>	*مرحله پیشروی - بنویسید: نمی‌دانم <input type="checkbox"/>
---	---------	---	--

\* برای تعریف و شرح انواع دمانس و مراحل پیشروی آن به وبسایت درداشنا مراجعه نمایید.

\* تغییرات رفتاری (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

بی حوصلگی <input type="checkbox"/>	پرخاشگری <input type="checkbox"/>	لجبازی <input type="checkbox"/>	بدگمانی <input type="checkbox"/>	توهم <input type="checkbox"/>	به هم خوردن نظم خواب <input type="checkbox"/>
ترس <input type="checkbox"/>	انبار کردن اشیاء <input type="checkbox"/>	افسردگی <input type="checkbox"/>	سرگردانی و گم شدن <input type="checkbox"/>	سردرگی <input type="checkbox"/>	بی اختیاری ادرار <input type="checkbox"/>
اضطراب <input type="checkbox"/>	تکرار پرسش <input type="checkbox"/>	بی‌قراری <input type="checkbox"/>	گریه و خنده بی دلیل <input type="checkbox"/>	عدم تعادل فیزیکی <input type="checkbox"/>	بی اختیاری دفع <input type="checkbox"/>
تغییر رفتاری دیگر - بنویسید:			کدام تغییر رفتاری عزیزتان مسئله امروز شماست - بنویسید؟		

\* برای تعریف و شرح بیشتر هر یک از تغییرات رفتاری بیمار به وبسایت درداشنا مراجعه نمایید.

نحوه سازشگری مراقب (لطفا توضیح دهید)

شرایط محیطی/ فیزیکی بیمار در زمان بروز تغییرات رفتاری (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

شلوغی منزل و سروصدای زیاد <input type="checkbox"/>	روشنایی اتاق: <input type="checkbox"/> پرنور <input type="checkbox"/> کم‌نور <input type="checkbox"/>	دمای محیط: <input type="checkbox"/> متعادل <input type="checkbox"/> نامتعادل <input type="checkbox"/>
۸ ساعت خواب - بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر <input type="checkbox"/>	برنامه روزانه: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	سرگرمی و فعالیت: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
تغییر اتاق یا منزل - بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تغییر مراقب اصلی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	داروی جدید/تغییر دوز: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

سایر عوامل خطر آفرین (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

دسترسی به دستشویی: <input type="checkbox"/> آسان <input type="checkbox"/> مشکل <input type="checkbox"/>	پله / خطر سقوط: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دستگیره‌های ایمنی: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
دسترسی به گاز: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دسترسی به چاقو: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دسترسی به مواد شوینده: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

مشاهدات بالینی در بیمار (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

گرسنگی بلی <input type="checkbox"/>	تشنگی بلی <input type="checkbox"/>	اشتها: <input type="checkbox"/> زیاد <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>	تغییر وزن: <input type="checkbox"/> زیاد شده <input type="checkbox"/> کم شده <input type="checkbox"/>
تب: <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/>	درد: <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/>	مشکلات بلع / سرفه هنگام تغذیه <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/>	مشکلات ادراری: <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> ادرار تیره رنگ <input type="checkbox"/> ادرار خونی <input type="checkbox"/>
مشکلات ادراری: <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> ادرار تیره رنگ <input type="checkbox"/> ادرار خونی <input type="checkbox"/>	مشکلات دفع: <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/>	مشکلات بینایی <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/>	مشکلات شنوایی <input type="checkbox"/> مشکلات عروقی <input type="checkbox"/>
عفونت‌ها: <input type="checkbox"/> لته <input type="checkbox"/> دندان <input type="checkbox"/> مجاری ادراری <input type="checkbox"/> ریه <input type="checkbox"/> زخم بستر <input type="checkbox"/> سایر عفونت‌ها: <input type="checkbox"/>			

بیماری‌های زمینه‌ای (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

درد مفاصل <input type="checkbox"/>	رفلکس اسید معده <input type="checkbox"/>	مشکلات شنوایی <input type="checkbox"/>	مشکلات بینایی <input type="checkbox"/>	دیابت <input type="checkbox"/>
فشار خون <input type="checkbox"/>	مشکلات قلبی <input type="checkbox"/>	مشکلات عروقی <input type="checkbox"/>	ورم پروستات <input type="checkbox"/>	سایر بیماری‌ها: <input type="checkbox"/>

رفتار مراقب با بیمار (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

استفاده از الفاظ کودکانه <input type="checkbox"/>	سعی در قانع کردن <input type="checkbox"/>	اجبار کردن <input type="checkbox"/>	توهین کردن <input type="checkbox"/>	داد کشیدن <input type="checkbox"/>	کتک زدن <input type="checkbox"/>
رابطه گذشته مراقب با بیمار: <input type="checkbox"/> خوب/ معمولی <input type="checkbox"/> بد <input type="checkbox"/>	نسبت مراقب اصلی با بیمار: <input type="checkbox"/>				