

## گزارش تغییر رفتاری ناگهانی بیمار فرسایش مغز

جدول ۱: اطلاعات مربوط به بیمار

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

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

جدول ۲: \*تغییرات رفتاری جدید (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

<input type="checkbox"/> 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"/> سردرگمی	<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
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 درآشنا مراجعه نمایید.

نحوه سازشگری مراقب (لطفا توضیح دهید):

آیا به پزشک مراجعه کرده‌اید؟ شرح اقدامات و نتیجه آن‌ها

آیا مداوای خانگی انجام داده‌اید؟ شرح اقدامات و نتیجه آن‌ها

آیا به کتاب‌ها و وبسایت درآشنا مراجعه کرده‌اید؟ کدام مطالب را خوانده‌اید؟ چه نتیجه‌ای گرفته‌اید؟

جدول ۳: شرایط محیطی / فیزیکی بیمار در زمان بروز تغییرات رفتاری (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

<input type="checkbox"/> شلوغی منزل و سروصدای زیاد	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> روشنایی اتاق نامناسب است:	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> دمای محیط نامناسب است:	<input type="checkbox"/> بلی
<input type="checkbox"/> اتاق یا منزل تغییر کرده است؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> برنامه روزانه دارد؟	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> سرگرمی و فعالیت دارد؟	<input type="checkbox"/> خیر
<input type="checkbox"/> داروی جدید/تغییر دوز؟	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> تغییر مراقب اصلی:	<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> داروی جدید/تغییر دوز:	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر

جدول ۴: نیازهای برآورده نشده بیمار (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

<input type="checkbox"/> گرسنگی بلی	<input type="checkbox"/> تشنگی بلی	<input type="checkbox"/> اشتها: زیاد <input type="checkbox"/> کم	<input type="checkbox"/> تغییر وزن: زیاد شده <input type="checkbox"/> کم شده
<input type="checkbox"/> تب: خفیف	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> درد: خفیف <input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> مشکلات بلع / سرفه هنگام تغذیه
<input type="checkbox"/> مشکلات ادراری:	<input type="checkbox"/> تکرر ادرار	<input type="checkbox"/> ادرار تیره رنگ	<input type="checkbox"/> ادرار خونی
<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:

جدول ۵: بیماری‌های زمینه‌ای بیمار (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

<input type="checkbox"/> درد مفاصل	<input type="checkbox"/> رفלקس اسید معده	<input type="checkbox"/> مشکلات شنوایی	<input type="checkbox"/> مشکلات بینایی	<input type="checkbox"/> دیابت کنترل نشده
<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:

جدول ۶: ارتباط بین بیمار و مراقب (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

<input type="checkbox"/> 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
رابطه گذشته مراقب با بیمار: خوب/ معمولی <input type="checkbox"/> بد <input type="checkbox"/>		نسبت مراقب اصلی با بیمار:			