دانشگاه علوم پزشکی کردستان 1396

پرسشنامه ثبت سرطان کولورکتال

**بخش1: اطلاعات دموگرافیک**

* 1. **نام بیمار: ............................................**

 **2-1**) **کد ملی بیمار: ............................................**

**3-1**) **جنسیت بیمار:**  **مرد 🞎 زن 🞎**

**4-1) تاریخ تولد بیمار: روز ...................... ماه ......................... سال.......................**

**5-)1** **آیا بیمار حاصل تولد دوقلویی یا چندقلویی هستید؟**

1. **خیر** **🞎**
2. بله **🞎 در این صورت: دوقلوی همسان 🞎 دوقلوی غیرهمسان 🞎 سه قلو 🞎 بیشتر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**6-1)** **وضعیت تاهل بیمار در حال حاضر:**

1. **مجرد 🞎**
2. **متاهل 🞎**
3. **مطلقه 🞎**
4. **بیوه 🞎**

7-1) **قومیت بیمار:** .....................................

**8-1**) **مذهب بیمار :** .....................................

**9-1**) **شهرستان محل تولد بیمار:** ........................

**10-1**) **در صورتی که بیمار در شهرهای مختلف سکونت داشته است در هر شهر چه مدت را سپری نموده است. لطفا در جدول زیر مشخص بفرمایید. ( شهرهای که حداقل یکسال سکونت داشته است. )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **شهر یا روستای محل سکونت** | **مدت زمان اقامت** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**11-1) سطح تحصیلات بیمار:** ..............................................

**12-1) شغل بیمار در حال حاضر: .................................**

**13-1) سابقه شغلی بیمار را در جدول زیر مشخص بفرمایید: (مشاغلي که حداقل 6 ماه اشتغال داشته است)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **تعداد سالهای فعالیت در آن شغل** | **عنوان دقیق شغل** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**14-1 )آیا در مشاغل خود شیفت شب ( شب کاری ) داشته اید؟**

1. **بله ☐ در این صورت چند شیفت در ماه: ................................**
2. **خیر ☐**
3. **نمی دانم ☐**

**15-1) آیا سابقه اسارت در زندان را داشته اید؟**

1. **بله ☐ در این صورت چه مدت: ......................................**
2. **خیر ☐**
3. **نمی دانم ☐**

**16-1 )آیا در منزلتان از سیستم wi-fi استفاده می کنید؟**

1. **بله ☐ ( چند ساعت در روز؟ ...................................... )**
2. **خیر ☐**
3. **نمی دانم ☐**

**بخش 2: ویژگیهای آنتروپومتریک**

**1-2) رتبه تولد بیمار در خانواده چندم است؟ .....................**

**2-2) قد بیمار: ............................. سانتی متر**

**3-2) وزن بیمار در حال حاضر: ................................ کیلوگرم**

**4-2) بیشترین وزن بیمار تا کنون چند کیلوگرم بوده است؟.................... کیلوگرم**

**5-2) بیمار در چه سنی بیشترین وزن را داشته است؟.................... سالگی**

بخش 3: تاریخچه پزشکی: تست های پزشکی

* + در این قسمت سوالاتی در مورد تست های پزشکی که انجام داده اید پرسیده می شود.

**ازمایش خون مخفی در مدفوع**

**1-3) آیا سابقه انجام ازمایش خون مخفی در مدفوع داشته اید؟ ( درصورت پاسخ خیر یا نمی دانم به سوال مراجعه نمایید. )**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-3 )در هنگام انجام اولین آزمایش خون مخفی در مدفوع چند سال سن داشتید؟**

1. **................................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**3-3**) **به چه دلیلی اولین آزمایش خون مخفی در مدفوع را انجام داده اید؟**

1. **برای بررسی وجود یک بیماری جدید**
2. **به دلیل داشتن سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال**
3. **برای انجام ازمایشات روتین سالیانه ( checkup )**
4. **برای پیگیری یک بیماری قدیمی**
5. **موارد دیگر: ..............................................**

**4-3**) **نتیجه اولین آزمایش خون مخفی در مدفوع بیمار چه بود؟**

1. **مثبت 🞎**
2. **منفی 🞏**
3. **نامعلوم 🞎**

**5-3**) **تا کنون چند بار آزمایش خون مخفی در مدفوع انجام داده اید؟ .......................... بار**

**6-3**) **نتیجه آخرین آزمایش خون مخفی در مدفوع بیمار چه بود؟**

1. **مثبت** 🞏
2. **منفی** 🞏
3. **نامعلوم** 🞏

**سیگموئیدسکوپی**

**7-3**) **آیا سابقه انجام سیگموئیدسکوپی داشته اید؟ ( درصورت پاسخ خیر یا نمی دانم به سوال 3-15 مراجعه بفرمایید. )**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**8-3**) **در هنگام انجام اولین آزمایش ( سیگموئیدسکوپی ) چند سال سن داشتید؟**

1. **.................................. سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**9-3 ) به چه دلیلی اولین بار این آزمایش را انجام دادید؟**

1. **برای بررسی وجود یک بیماری جدید**
2. **به دلیل داشتن سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال**
3. **برای انجام ازمایشات روتین سالیانه ( check up )**
4. **برای پیگیری یک بیماری قدیمی**
5. **موارد دیگر:..............................................**

**10-3**) **نتیجه اولین سیگموئیدسکوپی بیمار چه بود؟**

1. **مثبت 🞎**
2. **منفی 🞎**
3. **نامعلوم 🞎**

**11-3) تا کنون چند بار این آزمایش را انجام دادیده اید؟ .......................... بار**

**12-3 )نتیجه آخرین سیگموئیدسکوپی شما چه بود؟**

1. **مثبت 🞎**
2. **منفی 🞎**
3. **نامعلوم 🞎**

**کولونوسکوپی**

**13-3) آیا سابقه انجام کولونوسکوپی داشته اید؟ ( درصورت پاسخ خیر یا نمی دانم به سوالات بخش 4 بفرمایید. )**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**14-3) در هنگام انجام اولین آزمایش ( کولونوسکوپی) چند سال سن داشتید؟**

1. **..................................................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**15-3 ) به چه دلیلی اولین بار این آزمایش را انجام دادید؟**

1. **برای بررسی وجود یک بیماری جدید**
2. **به دلیل داشتن سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال**
3. **برای انجام ازمایشات روتین سالیانه ( checkup )**
4. **برای پیگیری یک بیماری قدیمی**
5. **موارد دیگر:..............................................**

**16-3) نتیجه اولین کولونوسکوپی شما چه بود؟**

1. **مثبت 🞎**
2. **منفی 🞎**

**17-3) تاکنون چند بار این آزمایش را انجام دادیده اید؟ .......................... بار**

**18-3) نتیجه آخرین کولونوسکوپی بیمار چه بود؟**

1. **مثبت 🞎**
2. **منفی 🞎**
3. **نامعلوم 🞎**

**بخش 4: تاریخچه پزشکی: پولیپ**

**1-4) آیا تاکنون پزشک به شما گفته است در روده بزرگ یا راست روده شما پولیپ وجود دارد؟ ( در صورت پاسخ خیر یا نمی دانم به سوالات قسمت 5 مراجعه بفرمایید).**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-4**) **زمانی که برای اولین به شما گفته شد در روده شما پولیپ وجود دارد چند سال سن داشتید؟**

1. **.................................. سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**3-4) در زمان اولین پولیپکتومی چند سال سن داشتید؟**

1. **........................................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**4-4) آیا بیش از یکبار اقدام به پولیپکتومی کرده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**5-4) آیا از بستگان درجه یک بیمار ( پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان ) مبتلا به پولیپ روده بوده اند؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**6-4) در صورتی که بستگان درجه یک بیمار به پولیپ روده مبتلا بوده اند لطفا جدول زیر را تکمیل بفرمایید.**

|  |  |
| --- | --- |
| **سن تشخیص** | **نسبت** |
|  | **پدر** |
|  | **مادر** |
|  | **خواهر** |
|  | **برادر** |
|  | **فرزندان** |

**7-4) آیا از بستگان درجه دو و یا سه بیمار به پولیپ روده مبتلا بوده اند؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

 **8-4) چند نفر از بستگان درجه دو و یا سه شما به پولیپ روده مبتلا بوده اند؟ .................. نفر**

**بخش 5: تاریخچه پزشکی: بیماریهای مرتبط**

|  |  |
| --- | --- |
| سن فرد در زمان تشخیص | بیماری |
| 1. **............................ سال**
2. **نمی دانم 🞎**
 | * 1. آیا تا کنون پزشک به شما گفته است مبتلا به پولیپ آدنوماتوز خانوادگی ( FAP ) هستید؟
1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| 1. **............................ سال**
2. **نمی دانم 🞎**
 | * 1. آیا تا کنون پزشک به شما گفته است مبتلا به بیماری کرون هستید؟
1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| 1. **............................ سال**
2. **نمی دانم 🞎**
 | * 1. آیا تا کنون پزشک به شما گفته است مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر هستید؟
1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| 1. **............................ سال**
2. **نمی دانم 🞎**
 | 4-5 آیا تا کنون پزشک به شما گفته است مبتلا به کولیت اولسراتیو هستید؟1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| 1. **............................ سال**
2. **نمی دانم 🞎**
 | * 1. آیا تا کنون پزشک به شما گفته است مبتلا به بیماری دیورتیکولی هستید؟
1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| 1. **............................ سال**
2. **نمی دانم** **🞎**
 | * 1. آیا تا کنون پزشک به شما گفته است مبتلا به بیماری کبد چرب هستید؟
1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| 1. **............................ سال**
2. **نمی دانم 🞎**
 | 7-5 آیا تاکنون پزشک به شما گفته است مبتلا به Inflammatory bowel disease هستید؟1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 |

**8-5** **آیا تاکنون کل یا قسمتی از روده بزرگتان را برداشته اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**9-5** **در زمانی که برای اولین بار کل روده یا قسمتی از آنرا برداشتید چند سال سن داشتید؟**

1. **........................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**بخش 6: سابقه دیابت، کلسترول و تری گلیسرید**

**سابقه دیابت**

**1-6** **آیا تاکنون پزشک به شما گفته است مبتلا به بیماری دیابت هستید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-6** **زمانی که بیماری دیابت شما تشخیص داده شد چند سال سن داشتید؟**

1. **............................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**2-6** **آیا تاکنون برای کنترل بیماری دیابت دارو مصرف کرده اید؟**

1. **بله**  **☐** در این صورت کدام مورد مصرف شده است؟ قرص 🞎 انسولین 🞎 هردو 🞎 نمی دانم 🞎
2. **خیر** **☐**
3. **نمی دانم ☐**

**کلسترول**

**3-6 آیا تاکنون پزشک به شما گفته است مبتلا به کلسترول بالا هستید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**4-6 زمانی که پزشک برای اولین بار به شما گفت مبتلا به کلسترول بالا هستید، چند سال سن داشتید؟**

1. **....................................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**5-6 آیا تاکنون برای کنترل کلسترول بالای خود دارو مصرف کرده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

بخش 7: داروهای دریافتی

* **در این قسمت در مورد داروهایی که استفاده کردیده اید، سوال می شود.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **آیا تاکنون از داروهای زیر استفاده کردیده اید؟ ( برای حداقل دوبار در هفته طی یک ماه یا بیشتر )** | **در زمانی که برای حداقل دوبار در هفته طی یک ماه یا بیشتر این داروها را مصرف می کردی چند بار آنرا مصرف می کردید؟**  | **آیا مدت زمان مصرف شما از داروها زیر به دو سال گذشته مربوط می شود؟** | **به طور کلی مدت زمان مصرف دارو توسط شما چه مدت بوده است؟** |
| **7-1 Aspirin** ( Like: Aspro، Codral، Fortle، Disprin، Ecotrin، Cardiprin )1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **...................... بار در روز**
2. **....................بار در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی** **دانم** 🞎
 | 1. **.................... بار در ماه**
2. **....................بار در سال**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| **7-2 Paracetamol**   Like: Panadol، Panadeine، Panamax، Codral، Tylenol ( 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **...................... بار در روز**
2. **....................بار در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی** **دانم 🞎**
 | 1. **.................... بار در ماه**
2. **....................بار در سال**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| **7-3** **Pain-Killing anti-inflammatory** (Like: medication Naprosyn، Orudis، Voltaren، Brufen، Clinoril، Feldene، Indocid ( 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **...................... بار در روز**
2. **....................بار در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی** **دانم 🞎**
 | 1. **.................... بار در ماه**
2. **....................بار در سال**
3. **نمی دانم** 🞎
 |
| **7-4 Bulk-forming laxatives**(Like: Metamucil، Normacol، Psyllium، Agiofibe، Granocol )1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **...................... بار در روز**
2. **....................بار در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی** **دانم 🞎**
 | 1. **.................... بار در ماه**
2. **....................بار در سال**
3. **نمی دانم** 🞎
 |
| **7-5 Other laxatives** ( Castor، Oil، cod liver oil، mineral oil، paraffin oil، milk of magnesia، Laxettes، Agarol، Agiolax، Coloxyl، Durolax، Senokot، Duphalac )1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **...................... بار در روز**
2. **....................بار در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی** **دانم** 🞎
 | 1. **.................... بار در ماه**
2. **....................بار در سال**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
|  **7-6 Calcium-containing antacids** (Like Tums، Gaviscon، Gaviscon، Mylanta، Dexsal، Algicon، Amphogel،Gastrogel، Mucaine، Meracote )1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **...................... بار در روز**
2. **....................بار در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی** **دانم 🞎**
 | 1. **.................... بار در ماه**
2. **....................بار در سال**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| **7-7 Calcium supplements** (Like: Sandocal، Vita Golw، Caltrate، Calvita )1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **...................... بار در روز**
2. **....................بار در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی** **دانم** 🞎
 | 1. **.................... بار در ماه**
2. **....................بار در سال**
3. **نمی دانم** 🞎
 |
| **7-8 Multivitamin pills or tablets** (Like: Bioglan، Myadec، Pluravit، Supradyn ( 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **...................... بار در روز**
2. **....................بار در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی** **دانم 🞎**
 | 1. **.................... بار در ماه**
2. **....................بار در سال**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| **7-9 Folic acid or folate supplements**(Like: Folic acid، Fefol ( 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **.................. بار در روز**
2. **....................بار در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**
 | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی** **دانم 🞎**
 | 1. **.................... بار در ماه**
2. **....................بار در سال**
3. **نمی دانم 🞎**
 |

بخش 8: سابقه قاعدگی، باروری و یائسگی

\* سوالات این قسمت مربوط به بیماران خانم می باشد.

**1-8 دوره قاعدگی**

**1-1-8 دوره قاعدگی شما در چه سنی شروع شد؟**

1. **........................ سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**
3. **هرگز دوره قاعدگی نداشتم 🞎**

**2-8 سابقه بارداری**

**1-2-8 آیا تاکنون سابقه بارداری داشته اید؟**

1. **بله 🞎 چند بار: .................................**
2. **خیر 🞎**

**3-2-8 تاکنون چند بار حاملگی چندقلویی داشته اید؟**

1. **............................ بار**
2. **تاکنون حاملگی چندقلویی نداشتم 🞎**

**4-2-8 تاکنون چند حاملگی شما منجر به تولد زنده شده است؟**

1. **............................ بار**
2. **تاکنون حاملگی منجر به تولد زنده نداشتم 🞎**

**5-2-8** **سن شما در زمان اولین حاملگی منجر به تولد زنده چند سال بوده است؟**

1. **............................ سال**
2. **نمی دانم 🞎**

 **6-2-8 سن شما در زمان آخرین حاملگی منجر به تولد زنده چند سال بوده است؟**

1. **............................ سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**8-3: داروهای پیشگیری از بارداری**

**1-3-8** **آیا تاکنون قرص های پیشگیری از بارداری یا دیگر روش های پیشگیری هورمونی ( کاشتنی یا تزریقی ) برای حداقل یکسال مصرف کرده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**

**2-3-8 در چه سنی برای اولین بار قرص های پیشگیری از بارداری یا دیگر روش های پیشگیری هورمونی استفاده کردید؟**

1. **............................ سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**

 **3-3-8 آیا شما هنوز در طی دو سال گذشته از قرص های پیشگیری از بارداری یا دیگر روش های پیشگیری هورمونی استفاده کرده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم**  🞎

**4-3-8 در مجموع چند سال از قرص های پیشگیری از بارداری یا دیگر روش های پیشگیری هورمونی استفاده کرده اید؟**

1. **............................ سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**

**8-4: یائسگی**

**1-4-8 آیا در طی 12 ماه گذشته دچار قاعدگی شده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-4-8 آیا دوره قاعدگی شما به طور کامل قطع شده است یا به علت حاملگی، شیردهی یا شرایط دیگر موقتی است؟**

1. **به طور کامل قطع شده است 🞎**
2. **به علت شرایط دیگر قطع شده است 🞎**

**3-4-8 در چه سنی دوره قاعدگی شما به طور کامل قطع شد؟**

1. **............................ سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**

**4-4-8 به چه دلیل دوره قاعدگی شما به طور کامل قطع شد؟**

1. **یائسگی طبیعی 🞎**
2. **انجام جراحی های زنان و زایمان 🞎**
3. **رادیوتراپی یا شیمی درمانی 🞎 سن شما در زمان اولین رادیوتراپی یا شیمی درمانی چند سال بوده است؟ .................. سال**
4. **موارد دیگر: ( لطفا ذکر بفرمایید) ................................**
5. **نمی دانم 🞎**

**5-8: هورمون درمانی**

* پزشکان درمان جایگزین هورمون را به دلایل زیادی از جمله علائم یائسگی، بعد از عمل خارج کردن تخمدان، استئوپروز و پیشگیری از بیماریهای قلبی تجویز می نمایند.

**1-5-8 آیا تاکنون از قرص یا فرم کاشتنی درمان جایگزین هورمون استفاده کرده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎 ( مراجعه به سوالات قسمت بعد )**
3. **نمی دانم 🞎 ( مراجعه به سوالات قسمت بعد )**

**2-5-8 آیا پزشک فقط استروژن برای شما تجویز کرده بود؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**3-5-8 در زمان مصرف داروهای فقط استروژنی شما چند سال داشتید؟**

1. **...................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**4-5-8 آیا سابقه مصرف داروهای فقط استروژنی به دو سال قبل مربوط می شود؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**5-5-8 در مجموع چه مدت داروهای فقط استروژنی مصرف کردید؟**

1. **...................... ماه**
2. **..................... سال**
3. **نمی دانم 🞎**

**6-5-8 آیا تاکنون پروژسترون را به همراه استروژن به علت یائسگی یا دلایل دیگر مصرف کرده اید؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎 ( مراجعه به سوالات قسمت بعد )**
3. **نمی دانم 🞎 ( مراجعه به سوالات قسمت بعد )**

**7-5-8 آیا سابقه مصرف داروهای پروژسترون و استروژن به دو سال قبل مربوط می شود؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**8-5-8 در مجموع چه مدت داروهای پروژسترون و استروژن مصرف کردید؟**

1. **...................... ماه**
2. **..................... سال**
3. **نمی دانم 🞎**

**9-5-8 آیا تاکنون داروهای Tamoxifen ، Raloxifene یا دیگر داروهای آنتی استروژن مصرف کرده اید؟ ( داروهایی مانند Tamoxen، Genox، Nolvadx، Noxiton، Tamosin )**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**10-5-8 در صورتی که داروی آنتی استروژنی دیگر به جز Tamoxifen و Raloxifene مصرف کرده اید لطفا ذکر بفرمایید.**

1. **نام دارو:................................................**
2. **نمی دانم 🞎**

**11-5-8 آیا سابقه مصرف داروهای Tamoxifen ، Raloxifene یا دیگر داروهای آنتی استروژن به دو سال قبل مربوط می شود؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**12-5-8 در مجموع چه مدت داروهای Tamoxifen ، Raloxifene یا دیگر داروهای آنتی استروژن مصرف کردید؟**

1. **...................... ماه**
2. **..................... سال**
3. **نمی دانم 🞎**

**بخش 9: رژیم غذایی**

**1-9 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وقت یکبار یک تکه یا یک وعده میوه مصرف می کردید؟ ( یک وعده میوه یعنی: 1 میوه متوسط تازه- 2/1 فنجان میوه خرد شده، پخته و یا کنسروی- 4/1 فنجان میوه خشک- 1 لیوان آبمیوه )**

1. **...................... در روز**
2. **..................... در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-9 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وقت یکبار یک وعده سبزیجات مصرف می کردید؟ ( یک وعده میوه یعنی: 1 فنجان سبزیجات برگدار سبز- 2/1 فنجان سبزیجات از انواع دیگر به صورت خرد شده یا پخته - 1 لیوان سبزیجات)**

1. **...................... در روز**
2. **..................... در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**3-9 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده گوشت قرمز مصرف می کردید؟**

1. **...................... در هفته**
2. **..................... در ماه**
3. **نمی دانم 🞎**

**4-9 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده گوشت مرغ مصرف می کردید؟**

1. **...................... در هفته**
2. **..................... در ماه**
3. **نمی دانم 🞎**

**5-9 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده گوشت ماهی مصرف می کردید؟**

1. **...................... در هفته**
2. **..................... در ماه**
3. **نمی دانم 🞎**

**6-9 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده لبنیات مصرف می کردید؟**

1. **...................... در روز**
2. **..................... در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**7-9 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده فست فود ( (انواع ساندویچهاي سوسیس، کالباس،همبرگر، پیتزا، سمبوسه، فلافل و ... ) مصرف می کردید؟**

1. **...................... در هفته**
2. **..................... در ماه**
3. **نمی دانم 🞎**

**8-9 در طول دو سال گذشته به طور متوسط چند وعده نوشیدنیهاي صنعتی (نوشابه گازدار، ماءالشعیر،آبمیوه صنعتی و ... ) به جز دوغ مصرف می کردید؟**

1. **...................... در روز**
2. **..................... در هفته**
3. **نمی دانم 🞎**

**9-9 شما به طور معمول در طول روز چند لیوان آب مصرف می کنید؟**

1. **.................................... لیوان**
2. **نمی دانم 🞎**

**بخش 10: فعالیت بدنی**

|  |
| --- |
| **فعالیت بدنی** **در این بخش در مورد زمانی که فرد انواع فعالیت بدنی را در طول یک هفته معمولی انجام می دهد پرسش می شود.** **در سوالات زیر، فعالیت بدنی با شدت زیاد( مانند حمل بارهاي سنگین و کارهاي ساختمانی و حفاري) آنهایی هستند که نیاز به تحرك جسمی زیادي دارند و موجب افزایش زیاد تعداد تنفس و ضربان قلب می شوند و فعالیت بدنی با شدت متوسط آنهایی هستند که تحرك جسمی متوسطی را طلب می کنند و موجب افزایش کمی در تعداد تنفس و ضربان قلب می شوند.** |
| **در هنگام کار** | **پاسخ** |
| **1-10 فعالیت شما در هنگام کار دارای چه شدتی می باشد؟**  | 1. **زیاد 🞎**
2. **متوسط 🞎**
3. **کم 🞎**
 |
| **2-10 چند روز در طول یک هفته در هنگام کار ، فعالیت بدنی دارید؟** | **............................ روز** |
| **3-10 آیا براي رفت و آمد از پیاده روي یا دوچرخه سواري به شکلی که حداقل 10 دقیقه مداوم طول بکشد استفاده می کنید؟** | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
 |
| **4-10** **چند روز در طول یک هفته معمولی براي رفت و آمد از پیاده روي یا دوچرخه سواري به شکلی که حداقل 10 دقیقه مداوم طول بکشد استفاده می کنید؟** | **............................ روز** |
| **5-10 آیا هیچگونه فعالیت ورزشی و تفریحی با شدت زیاد که تنفس و ضربان قلب فرد را براي حداقل 10 دقیقه مداوم به شدت افزایش دهد (مثل بازي فوتبال، کوهنوردي و دو) انجام می دهید؟** | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
 |
| **6-10** **چند روز در طول یک هفته معمولی ورزش یا فعالیت تفریحی با شدت زیاد دارید؟** | **............................ روز** |

**بخش 11: سیگار**

|  |  |
| --- | --- |
| **مصرف سیگار** | **پاسخ** |
| **1-11 آیا در حال حاضر هر نوع سیگار (به شکل کارخانه اي، دست پیچ و یا سیگار برگ) مصرف می کنید؟** | 1. **بله 🞎 چند بار در روز: ......................**
2. **خیر 🞎 ( به سوال 8-11 مراجعه نمایید. )**
 |
| **2-11 در چه سنی برای اولین بار مصرف سیگار را شروع کردید؟**  | 1. **................... سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **3-11 در مجموع چند سال حداقل یک نخ سیگار در روز مصرف کرده اید؟** | 1. **.......................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **4-11 در چند سالگی آخرین بار مصرف سیگار را ترک کردید؟** | 1. **................... سالگی**
2. **نمی دانم**
 |
| **5-11 در مجموع چند بار برای ترک سیگار تلاش ناموفق داشتید؟** | 1. **................... بار**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **6-11 در یک هفته معمولی به طور متوسط چند روز ، فردی در حضورتان سیگار می کشد؟** | 1. **.................. روز**
2. **نمی دانم 🞎**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **مصرف پیپ یا چپق** | **پاسخ** |
| **7-11 آیا در حال حاضر پیپ یا چپق مصرف می کنید؟** | 1. **بله 🞎 چند بار در روز: ......................**
2. **خیر 🞎 ( به سوال 15-11 مراجعه نمایید. )**
 |
| **8-11 در چه سنی برای اولین بار مصرف یک پیپ یا چپق در روز را به مدت 3 ماه یا بیشتر را شروع کردید؟**  | 1. **................... سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **9-11 در مجموع چند سال حداقل یک پیپ یا چپق در روز مصرف کرده اید؟** | 1. **.......................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **10-11 در چند سالگی آخرین بار مصرف پیپ یا چپق را ترک کردید؟** | 1. **................... سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **11-11 در مجموع چند بار برای ترک پیپ یا چپق تلاش ناموفق داشتید؟** | 1. **................... بار**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **12-11 آیا پیپ یا چپق را به همراه سیگار مصرف می** | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| **13-11 در یک هفته معمولی به طور متوسط چند روز ، فردی در حضورتان پیپ یا چپق می کشد؟** | 1. **................... روز**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **مصرف قلیان** | **پاسخ** |
| **14-11 آیا در حال حاضر روزانه قلیان مصرف می کنید؟** | 1. **بله 🞎 چند بار در روز: ......................**
2. **خیر 🞎**
 |
| **15-11 در چه سنی برای اولین بار مصرف قلیان را شروع کردید؟**  | 1. **................... سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **16-11 در مجموع چند سال، روزانه قلیان مصرف کرده اید؟** | 1. **.......................... سال**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **17-11 در چند سالگی آخرین بار مصرف قلیان را ترک کردید؟** | 1. **................... سالگی**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **18-11 در مجموع چند بار برای ترک قلیان تلاش ناموفق داشتید؟** | 1. **................... بار**
2. **نمی دانم 🞎**
 |
| **19-11 آیا قلیان را به همراه سیگار مصرف می کنید؟** | 1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**
 |
| **20-11 در یک هفته معمولی به طور متوسط چند روز ، فردی در حضورتان قلیان می کشد؟** | 1. **................... روز**
2. **نمی دانم 🞎**
 |

**بخش 12: مشروبات الکلی**

* + سوالات زیر در مورد مصرف مشروبات الکلی در طول زندگیتان می باشد.

**1-12** **درصورت وجود سابقه مصرف مشروبات الکلی جدول زیر تکمیل فرمایید.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نوع** | **تعداد سالهای مصرف** | **تعداد پیمانه/ لیوان در هفته** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**بخش 13: تاریخچه سرطان**

**1-13 آیا تاکنون پزشک به شما گفته است مبتلا به سرطان کولون هستید؟**

1. **بله** 🞎
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**2-13 محل تشخیص سرطان: بیمارستان .............................. در شهر ................................**

**3-13 نام پزشک تشخیص دهنده: .....................................**

**4-13 تاریخ تشخیص سرطان: روز...................... ماه...................... سال............................**

**5-13 محل تومور:**

* 1. **Cecum 🞎**
	2. **Right colon 🞎**
	3. **Left colon 🞎**
	4. **Hepatic Flexure 🞎**
	5. **Transverse colon 🞎**
	6. **Splenic flexure 🞎**
	7. **Sigmoid colon 🞎**
	8. **Rectum 🞎**
	9. **not specified 🞎**

**6-13 نوع تومور:**

1. **Adenocarcinoma 🞎**
2. **Mucinous Adenocarcinoma 🞎**
3. **Medullary Carcinoma 🞎**
4. **Signetring Carcinoma 🞎**
5. **Small cell carcinoma 🞎**
6. **Undifferentiated 🞎**
7. **Other carcinoma 🞎**
8. **Type cannot be determined 🞎**

**7-13 شکل تومور ( tumor configuration ):**

1. **Exphytic 🞎**
2. **Infiltrative 🞎**
3. **Ulcerative 🞎**
4. **Other 🞎**

**8-13 Primary Tumor:**

1. 🞎 **PTX**
2. **PTO 🞎**
3. **PTis 🞎**
4. **PT1 🞎**
5. **PT2 🞎**
6. **PT3 🞎**
7. **PT4 🞎**

**9-13 Margins:**

1. **Involved proximal 🞎**
2. **Uninvolved proximal 🞎**
3. **Involver distal 🞎**
4. **Uninvolved distal 🞎**

**10-13 درگیری عروق ( Venous Invasion ):**

1. **Absent 🞎**
2. **Present 🞎**

**11-13 اندازه تومور ( Tumor Size ):**

1. **Greatest dimension 🞎**
2. **Additional dimension 🞎**
3. **🞎 Cannot be determined**

**12-13 Regional lymphnode:**

1. **PNX 🞎**
2. **PNO 🞎**
3. **PN1 🞎**
4. **PN2 🞎**

**13-13 در هنگام تشخیص سرطان کدام علائم در شما وجود داشت؟**

1. **خونریزی 🞎**
2. **اسهال 🞎**
3. **درد شکمی مزمن 🞎**
4. **کاهش وزن 🞎**
5. **انسداد روده 🞎**
6. **کم خونی ( آنمی ) 🞎**
7. **موارد دیگر:...............**
8. **نمی دانم 🞎**

**14-13 چه مدت بعد از شروع علائم، سرطان در شما تشخیص داده شد؟ (a............... سال یا ......................... ماه b) نمی دانم ☐**

**15-13 قبل از تشخیص سرطان به چند پزشک مراجعه کردید؟ (aتعداد پزشک: ............................ b)نمی دانم ☐**

**16-13 به چه روشی سرطان کولورکتال در شما تشخیص داده شد؟**

1. **Colonoscopy 🞎**
2. **Flexible Sigmoidoscopy 🞎**
3. **Barium enema 🞎**
4. **Abdominal/Pelvic CT scan 🞎**
5. **Ultrasound 🞎**
6. **Other :.................................**
7. **نمی دانم 🞎**

**17-13 زمانی که سرطان شما تشخیص داده شد چند ساله بودید؟**

1. **.......................... سال**

**18-13 آیا سابقه سرطان در بین اعضای خانواده شما وجود دارد؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎 ( به سوال 20-13 مراجعه نمایید. )**
3. **نمی دانم 🞎 ( به سوال 20-13 مراجعه نمایید. )**

**19-13 در صورت وجود سابقه سرطان در بین اعضای خانواده شما لطفا جدول زیر را تکمیل نمایید.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سن تشخیص** | **نوع سرطان** | **نسبت** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**20-13 آیا سابقه پولیپ آدنوماتوز خانوادگی در بین اعضای خانواده شما ( پدر، مادر، خواهر و برادر ) وجود دارد؟**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎 ( به سوالات قسمت 14 مراجعه نمایید. )**

**21-13 در صورت وجود سابقه پولیپ آدنوماتوز خانوادگی در بین اعضای خانواده شما ( پدر، مادر، خواهر و برادر ) لطفا جدول زیر را تکمیل بفرمایید.**

|  |  |
| --- | --- |
| **سن تشخیص** | **نسبت** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**بخش 14: درمان سرطان**

**1-14 بعد از تشخیص سرطان کولون بیمار کدام درمان را دریافت کرده است؟**

1. **شیمی درمانی □**
2. **رادیوتراپی □**
3. **عمل جراحی □**
4. **نمی دانم □**

**2-14 در صورتی که حین انجام عمل جراحی ارگان دیگری غیر از روده بیمار خارج شده است، مشخص نمایید.**

1. **Spleen 🞎**
2. **Gallbladder 🞎**
3. **Appendix (not a part of colon resection) 🞎**
4. **Stomach 🞎**
5. **Pancreas 🞎**
6. **Small intestine 🞎**
7. **Liver 🞎**
8. **Abdominal Wall, Retroperitoneum 🞎**
9. **Adrenal 🞎**
10. **Kidney 🞎**
11. **Bladder 🞎**
12. **Urethra 🞎**
13. **Ovary 🞎**
14. **Uterus 🞎**
15. **Vagina 🞎**
16. **Prostate 🞎**
17. **Other:………………………….**
18. **Unknown 🞎**

**3-14 stage پاتولوژیک بیماری:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unknown:** | **M:** | **N:** | **T:** |

**4-14 Stage بیماری در هنگام تشخیص اولیه:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Grouping** | **OLD Method** |
| **M0** | **N0** | **Tis** | **Stage0** |
| **M0** | **N0** | **T1, T2** | **Stage1** |
| **M0** | **N0****N0** | **T3****T4** | **Stage2** |
| **M0** | **N1****N1****N2** | **T1, T2****T3, T4****Any T** | **Stage3** |
| **M1** | **Any N** | **Any T** | **Stage4** |
| **Unable to stage** | **Unknown** |

**5-14 آیا قبل از عمل جراحی آزمایش CEA ( Carcinoembryonic antigen ) انجام داده اید؟**

1. **بله: 🞎 ......................... ug/L**
2. **خیر 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**6-14 عمل جراحی بیمار در چه تاریخی انجام شده است؟**

1. **......................روز...........................ماه............................سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**7-14 عمل جراحی بیمار در کدام بیمارستان انجام شده است؟**

1. **بیمارستان........................... در شهر..............................**
2. **نمی دانم 🞎**

**8-14 نام پزشک انجام دهنده عمل جراحی: ..................................**

**9-14 نتیجه عمل جراحی بیمار به صورت موضعی چه بوده است؟**

1. **تومور به طور کامل خارج نشده است. 🞎**
2. **تومور به طور کامل خارج شده است. 🞎**
3. **نمی دانم 🞎**

**10-14 گرید اولیه بیماری :**

1. **Well Differentiated 🞎**
2. **Moderately Differentiated 🞎**
3. **Poorly Differentiated 🞎**
4. **Undifferentiated 🞎**
5. **Unknown**  **🞎**

**11-14** **Cell Type:**

1. **NOS 🞎**
2. **Mucinous 🞎**
3. **Signet ring cell 🞎**
4. **Other: ...............................**
5. **Unknown 🞎**

**12-14 Vascular Invasion:**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نامعلوم 🞎**

**13-14 Lymphatic Invasion:**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نامعلوم 🞎**

**14-14 Perineural Invasion:**

1. **بله 🞎**
2. **خیر 🞎**
3. **نامعلوم 🞎**

**15-14 آیا بیمار شیمی درمانی دریافت کرده اید؟**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بله** | **نوع درمان** | **خیر ( مراجعه به سوال 14-27 کنید. )** | **نمی دانم** |
| **🞎** | * **Adjuvant 🞎**
* **Palliative 🞎**
* **Pseudo-Adjuvant 🞎**
 | **🞎** | **🞎** |

**16-14 قبل از دریافت درمان، قد، وزن و مقدار سطح بدن بیمار چقدر بوده است؟**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **قد** | **وزن** | **B.S.A** |
| * **.......................... سانتی متر**
* **نامشخص 🞎**
 | * **.................................کیلوگرم**
* **نامشخص 🞎**
 | * **................................متر مربع**
* **نامشخص 🞎**
 |

**17-14 شیمی درمانی برای درمان سرطان کولون ( لطفا هر دوره شیمی درمانی را جداگانه قید بفرمایید. )**

**اولین بار دریافت شیمی درمانی بعد از تشخیص اولیه سرطان**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره دوره** | **نام دوره** | **دوز دارو** | **IV/PO** | **تعداد روز های دریافت دارو** | **تاریخ دریافت دارو** | **عوارض جانبی دارو** | **پاسخ به درمان های کمکی** |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****.........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |

**18-14 در زمان دریافت شیمی درمانی چند سال داشتید؟**

1. **.............................سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**19-14 نام آنکولوژیست ( ها ): ................................**

**20-14 آیا بیمار برای درمان سرطان کولون رادیوتراپی دریافت کرده است؟**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بله** | **نوع درمان** | **خیر**  | **نمی دانم** |
| **🞎** | 1. **Adjuvant 🞎**
2. **Palliative 🞎**
 | **🞎** | **🞎** |

نتایج پیگیری بالینی پس از تشخیص سرطان

**21-14 کدام رویداد جدید بعد از چهار سال پیگیری از زمان تشخیص سرطان در بیمار روی داده است؟**

* **Locoregional Recurrence 🞎**
* **Distant Recurrence 🞎**
* **Other Non-Colorectal Primary 🞎**
* **Colorectal Primary 🞎**
* **Death 🞎**

**First Locoregional Recurrence**

**\*در صورتی که در بیمار عود موضعی روی نداده است به سوال 14-39 مراجعه نمایید.**

**22-14 در زمان اولین عود موضعی چه قسمت های درگیر شده است؟**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **محل درگیری** | **تاریخ تشخیص** | **سن تشخیص** |
| * **Anastomosis 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Mesentery 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Abdominal Wall (not incisional) 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| **-Incisional 🞎**  | **......................** | **......................** |
| * **Pelvis 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| **-Other:……………..** | **......................** | **......................** |
| * **Unknown 🞎**
 | **......................** | **......................** |

**23-14** **بیمار برای عود موضعی کدام درمان را انجام داده است؟**

1. **عمل جراحی 🞎 - در چه تاریخی: .................................**
2. **شیمی درمانی 🞎**
3. **رادیوتراپی 🞎**

**24-14** **شیمی درمانی برای درمان عودهای موضعی ( لطفا هر دوره شیمی درمانی را جداگانه قید بفرمایید. )**

**اولین بار دریافت شیمی درمانی بعد از تشخیص عودهای موضعی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره دوره** | **نام دارو** | **دوز دارو** | **IV/PO** | **تعداد روزهای دریافت دارو** | **تاریخ دریافت دارو** | **عوارض جانبی دارو** | **پاسخ به درمان های کمکی** |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |

**25-14** **در هنگام دریافت شیمی درمانی برای عودهای موضعی بیمار چند سال سن داشته است ؟**

1. **...........................سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**26-14 آیا برای درمان عودهای موضعی درمان دیگری علاوه بر رادیو تراپی و شیمی درمانی دریافت کرده اید؟**

1. **بله 🞎 - در اینصورت نوع درمان را مشخص نمایید: ..............................................................**
2. **خیر 🞎**

**27-14 در صورتی که محل های دیگری بعد از اولین محل عود موضعی درگیر شده است را مشخص نمایید.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **محل درگیری** | **تاریخ تشخیص** | **سن تشخیص** |
| * **Anastomosis 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Mesentery 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Abdominal Wall (not incisional) 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Incisional 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Pelvis 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Other:……………..**
 | **......................** | **......................** |
| * **Unknown 🞎**
 | **......................** | **......................** |

**First Distant Recurrence**

**\*در صورتی که در بیمار عود های دور دست روی نداده است به سوال 14-50 مراجعه نمایید.**

**28-14 در زمان تشخیص عود دور دست چه قسمت های درگیر شده است؟**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **محل درگیری** | **تاریخ تشخیص** | **سن تشخیص** |
| * **Liver 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Lung 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Bone 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Ascites 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Non-mesenteric lymph nodes (except supraclavicular) please specify:………………**
 | **......................** | **......................** |
| * **Supraclavicular nodes 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Brain 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Skin, except incision, please specify:………………**
 | **......................** | **......................** |
| * **Adrenal gland 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Other:……………..**
 | **......................** | **......................** |
| * **Unknown 🞎**
 | **......................** | **......................** |

**29-14 بیمار برای عود های دوردست کدام درمان را انجام داده است ؟**

1. **عمل جراحی 🞎 - در چه تاریخی: .............................**
2. **شیمی درمانی 🞎**
3. **رادیوتراپی 🞎**

**30-14 شیمی درمانی برای درمان عودهای دور دست ( لطفا هر دوره شیمی درمانی را جداگانه قید بفرمایید. )**

**اولین بار دریافت شیمی درمانی بعد از تشخیص عودهای دور دست**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره دوره** | **نام دارو** | **دوز دارو** | **IV/PO** | **تعداد روزهای دریافت دارو** | **تاریخ دریافت دارو** | **عوارض جانبی دارو** | **پاسخ به درمان های کمکی** |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |
| **............** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.........................****.........................****.........................****..........................** | **.............................................................****.............................................................****.............................................................****.............................................................** | * **Progression ☐**
* **Stable ☐**
* **Minor ☐**
* **Partial ☐**
* **Complete ☐**
* **Unknown ☐**
 |

**31-14 سن شما در هنگام دریافت شیمی درمانی برای عودهای دور دست چند سال بوده است؟**

1. **...........................سال**
2. **نمی دانم 🞎**

**32-14 در صورتی که محل های دیگری بعد از اولین محل عود دور دست درگیر شده است را مشخص نمایید.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **محل درگیری** | **تاریخ تشخیص** | **سن تشخیص** |
| * **Liver 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Lung 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Bone 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Ascites 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Non-mesenteric lymph nodes (except supraclavicular) please specify:……………**
 | **......................** | **......................** |
| * **Supraclavicular nodes 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Brain 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Skin, except incision, please specify:………………**
 | **......................** | **......................** |
| * **Adrenal gland 🞎**
 | **......................** | **......................** |
| * **Other:……………..**
 | **......................** | **......................** |
| * **Unknown 🞎**
 | **......................** | **......................** |

**Other Non-Colorectal Primary (s)**

**\*در صورتی که در بیمار عود های دور دست روی نداده است به سوال 14-53 مراجعه نمایید.**

**33-14 محل تشخیص: بیمارستان............................در شهر...................................**

**34-14 محل های درگیر سرطان جدید پس از تشخیص سرطان کولون**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **محل درگیر** | **کد چهار قدیمی ICD-9** | **Stage تشخیص بیماری** | **تاریخ تشخیص** | **سن تشخیص** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

**New colorectal primary**

 **35-14 محل ایجاد سرطان جدید در کولون پس از تشخیص اولین سرطان کولون**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **محل درگیر سرطان** | **کد چهار قدیمی ICD-9** | **Stage تشخیص بیماری** | **تاریخ تشخیص** | **سن تشخیص** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

بخش 15: پیگیری وضعیت زنده بودن بیماران پس از تشخیص بیماری

| **مدت پیگیری بعد از تشخیص سرطان** | **وضعیت بیمار**  | **علت فوت بیمار** | **تاریخ فوت بیمار** | **آیا بیمار بعد از تشخیص سرطان مهاجرت کرده است؟** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **ماه**
 | * **زنده است 🞎**
* **فوت شده 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 | * **علت فوت: ...................**
* **نامشخص 🞎**
 | * **روز ...... ماه .... سال .....**
 | * **بله 🞎**

**مقصد مهاجرت: ................ تاریخ مهاجرت: ..................** * **خیر 🞎**

**نامشخص 🞎**  |
| **12 ماه** | * **زنده است 🞎**
* **فوت شده 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 | * **علت فوت: .....................**
* **نامشخص 🞎**
 | * **روز ...... ماه .... سال .....**
 | * **بله 🞎**

**به مقصد: ................ در تاریخ: ..................** * **خیر 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 |
| **18 ماه** | * **زنده است 🞎**
* **فوت شده 🞎**

**- نامشخص 🞎**  | * **علت فوت: .....................**
* **نامشخص 🞎**
 | * **روز ...... ماه .... سال .....**
 | * **بله 🞎**

**مقصد مهاجرت: ................ تاریخ مهاجرت: ..................** * **خیر 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 |
| **24 ماه** | * **زنده است 🞎**
* **فوت شده 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 | * **علت فوت: ...................**
* **نامشخص 🞎**
 | * **روز ...... ماه .... سال .....**
 | * **بله 🞎**

**مقصد مهاجرت: ................ تاریخ مهاجرت: ..................** * **خیر 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 |
| **30 ماه** | * **زنده است 🞎**
* **فوت شده 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 | * **علت فوت: ...................**
* **نامشخص 🞎**
 | * **روز ...... ماه .... سال .....**
 | * **بله 🞎**

**مقصد مهاجرت: ................ تاریخ مهاجرت: ..................** * **خیر 🞎**

**نامشخص 🞎**  |
| **36 ماه** | * **زنده است 🞎**
* **فوت شده 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 | * **علت فوت: ...................**
* **نامشخص 🞎**
 | * **روز ...... ماه .... سال .....**
 | * **بله 🞎**

**مقصد مهاجرت: ................ تاریخ مهاجرت: ..................** * **خیر 🞎**

**نامشخص 🞎**  |
| **42 ماه** | * **زنده است 🞎**
* **فوت شده 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 | * **علت فوت: ...................**
* **نامشخص 🞎**
 | * **روز ...... ماه .... سال .....**
 | * **بله 🞎**

**مقصد مهاجرت: ................ تاریخ مهاجرت: ..................** * **خیر 🞎**

**نامشخص 🞎**  |
| **48 ماه** | * **زنده است 🞎**
* **فوت شده 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 | * **علت فوت: ...................**
* **نامشخص 🞎**
 | * **روز ...... ماه .... سال .....**
 | * **بله 🞎**

**مقصد مهاجرت: ................ تاریخ مهاجرت: ..................** * **خیر 🞎**

**نامشخص 🞎**  |
| **54 ماه** | * **زنده است 🞎**
* **فوت شده 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 | * **علت فوت: ...................**
* **نامشخص 🞎**
 | * **روز ...... ماه .... سال .....**
 | * **بله 🞎**

**مقصد مهاجرت: ................ تاریخ مهاجرت: ..................** * **خیر 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 |
| **60 ماه** | * **زنده است 🞎**
* **فوت شده 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 | * **علت فوت: ...................**
* **نامشخص 🞎**
 | * **روز ...... ماه .... سال .....**
 | * **بله 🞎**

**مقصد مهاجرت: ................ تاریخ مهاجرت: ..................** * **خیر 🞎**
* **نامشخص 🞎**
 |

**بخش 16: راههای تماس با بیمار**

**1-16 شماره همراه بیمار ……………………………………:**

**2-16 شماره تماس ثابت بیمار .…………………………..:**

**3-16** **شماره همراه همسر بیمار: .....................................**

**4-16** **شماره تماس ثابت همسر بیمار:.………………………….........**

**5-16** **شماره همراه یکی از نزدیکان بیمار: .......................................................**

**6-16** **شماره تماس ثابت یکی از نزدیکان بیمار: .......................................................**

**7-16 آدرس محل سکونت بیمار:.......................................................................................................................................**

**8-16 آدرس محل سکونت یکی از نزدیکان بیمار: ...........................................................................................................**

**9-16 تاریخ انجام مصاحبه: ....................................**

**10-16 نام مصاحبه کننده: .....................................**

**11-16 اطلاعات بیمار از چه طریقی جمع آوری شده است؟ الف- آزمایشگاه ☐ ب- پاتولوژی ☐ ج- تماس با بیمار ☐ د- تماس با خانواده یا اطرافیان بیمار ☐**