



معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

ارزیابی و برنامه ریزی برای فیزیوتراپی بیمار

به ازای هر دوره فیزیوتراپی

تابستان ۱۳۹۹

اعضای کمیته نظارت :

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

اعضای کمیته تایید کنندگان:

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

اعضای کمیته تدوین استاندارد :

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

تحت نظارت فنی:

گروه استاندارد سازی و تدوین راهنماهای سلامت  
دفتر ارزیابی فن آوری، استاندارد سازی و تعرفه سلامت  
دکتر عبدالخالق کشاورزی، دکتر مریم خیری، فرانک ندرخانی  
مرجان مستشار نظامی

## مقدمه:

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

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

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

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

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

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

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

Assessment and planning for physiotherapy for each physiotherapy course

## **(ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :**

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

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

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

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

## **(ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:**

### **• ارزیابی قبل از انجام پروسیجر**

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

### **• ارزیابی حین انجام پروسیجر**

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

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

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

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

۱. شکایت اصلی بیمار

۲. تاریخچه قلبی بیماری

۳. تاریخچه فامیلی

۴. تاریخچه کنونی بیماری

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

## معاینات فیزیکی:

### ۱. معاینات فیزیکی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی

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

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

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

الف . مشاهده کلی (Observation)

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

#### ب. مشاهده موضعی

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

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

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

#### ب. تست های انتخابی تنش بافت

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

در این قسمت فیزیوتراپیست عمدتاً اقدامات زیر را انجام میدهد:

معاینه حرکات فعال

الگوی منظم و نامنظم درد

معاینه حرکات غیرفعال

الگوهای محدودیت

معاینه حرکات غیرفعال آرتروکینماتیک

تست های استرس کپسولی و لیگامانی

معاینه حرکات ایزومتریک مقاومتی

## - تستهای عصبی عضلانی **neuro-muscular test** :

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

### ث. لمس **palpation**:

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

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

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

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

### ج. تست های تحریک کننده **provocation test**:

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

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

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

### چ. تست های اختصاصی **special test**:

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

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

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

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

### خ. ارزیابی نواحی مرتبط

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

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

### ح. ارزیابی عملکردی **functional assessment**:

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

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

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

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

### سایر بررسی ها :

۱. رادیوگرافی ساده

۲. توموگرافی کامپیوتری (CT)

۳. تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)

۴. میلوگرافی یا رادیکولوگرافی

۵. دیسکوگرافی

۶. اسکن استخوان

۷. آرتروگرافی

۸. اولتراسونوگرافی

۹. نوار عصبی عضلانی (EMG)

۱۰. بررسی های آزمایشگاهی

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

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

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

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



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

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

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

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

## ۲. معاینه فیزیکی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای نورولوژیکی

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

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

- توانایی انجام حرکات ارادی

- الگوی کیفی حرکات ارادی

- وضعیت تون عضلانی

- رفلکسهای پاتولوژیک

- دامنه حرکتی مفاصل

- درک حسهای سطحی و عمقی

- وضعیت ذهنی و شناختی

- تکنیکهای ترانسفر و تغییر وضعیت

مراحل رشد حرکتی حرکات عمده و ظریف، و میزان استقلال افراد برای فعالیت در وضعیت های مختلف

در صورت وجود بیماریهای قلبی-عروقی و تنفسی، موارد مربوط به این بیماریها نیز باید مورد ارزیابی قرار بگیرند.

فرم ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای نورولوژیکی در بخش ضمایم این استاندارد تحت عنوان فرم ضمیمه شماره شش :

ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای نورولوژیکی در دسترس می باشد.

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

هدف از ارزیابی، تعیین دقیق مشکلات بیمار است این مهم بر اساس ارزیابی subjective و objective بیمار حاصل خواهد

شد. بدون ارزیابی دقیق، تهیه یک برنامه درمانی مناسب غیرممکن است و به همان اندازه، یک دانش نظری صحیح برای تهیه یک

برنامه درمانی مناسب هم مورد نیاز است. از طرفی به محض شروع فیزیوتراپی، ارزیابی منظم اثربخشی آن به طور مرتب با توجه به

مشکلات بیمار و اهداف درمانی ضروری است.

سیستم ارزیابی مورد استفاده در این استاندارد، بر اساس سیستم پزشکی مشکل نگر (POMS) است که اولین بار توسط Weed

در سال ۱۹۶۸ شرح داده شد.

این سیستم دارای سه عنصر اصلی است:

• سوابق پزشکی مشکل نگر (POMR)

• بازبینی

• برنامه آموزشی

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

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

#### 4. معاینه فیزیکی فیزیوتراپی در بیماریهای زنان و زایمان

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

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

#### • ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

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

#### • کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر

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

## د) تواتر ارائه خدمت

### د-۱) تعداد دفعات مورد نیاز

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

### د-۲) فواصل انجام

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

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

کلیه پزشکان با حداقل مدرک پزشکی عمومی

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

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

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

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

### ز) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

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

### ح) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

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

تخت معاینه - پاراوان

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

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

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

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

## ک) استانداردهای گزارش:

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

## ل) شواهد علمی در خصوص اندیکاسیون های دقیق خدمت:

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

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

- عدم رضایت و / یا عدم همکاری مراجعه کننده

- عدم ثبات علائم حیاتی بیمار

## ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

طول مدت خدمت به طور میانگین ۱۰ دقیقه است.

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

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

## ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

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

## منابع:

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

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

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

### ضمائم:

فرم های ارزیابی فیزیوتراپی در :

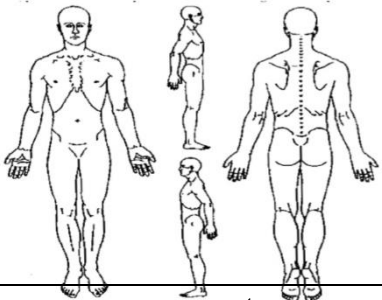

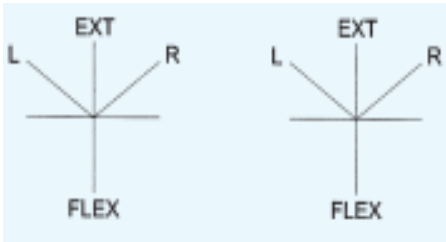
۱. اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی

۲. اختلالات و بیماریهای نورولوژیکی

۳. بیماریهای قلبی ، عروقی و تنفسی

۴. بیماریهای زنان و زایمان

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

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

نام و نام خانوادگی فیزیوتراپیست:

امضاء:

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

### ۱. ارزیابی Subjective

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

| علائم حیاتی |            |  |          |
|-------------|------------|--|----------|
|             | ضربان قلب  |  | دما      |
|             | تعداد تنفس |  | فشار خون |

### ۲. ارزیابی Objective

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



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

ب. لمس:

گرمی:

تندرنس:

تون:

ورم:

ج. معاینه

وضعیت ذهنی:

سطح هوشیاری:

شناخت:

شخص:

مکان:

زمان:

حافظه:

آنی:

اخیر:

دور:

کلامی:

بینایی:

ارتباط:

شناخت:

عمق دانش:

محاسبه:

تفسیر:

توجه:

وضعیت انگیزشی:

درک:

شمای بدن / تصویر جسمی

اگنوزیس/پراکسیا

حس های خاص:

۳. بررسی سیستم ها:

سیستم جلدی :

وضعیت پوست :

زخم فشاری:

سیستم تنفسی :

وضعیت سیستم تنفسی:

ترشحات:

الگوی تنفس:

دفورمیتی های قفسه سینه و ستون فقرات سینه ای:

سیستم قلبی عروقی:

وضعیت سیستم قلبی عروقی:

ترومبوز ورید عمقی:

سیستم عضلانی اسکلتی:

کنتراکچرها:

نیمه دررفتگی ها:

موبیلیتی مفصل:

پاتولوژی های دیگر:

عملکرد سیستم اسفنکتری مثانه ای / مقعدی:

بی اختیاری:

سیستم گوارشی :

وضعیت :

سیستم اتونومیک:

وازوموتور:

سودوموتور:

تغییرات تروفیک:

افت فشار خون وضعیتی :

سندرم سمپاتیکی رفلکسی:

۴. ارزیابی عملکردی: ( اندازه گیری عملکرد مستقل)

ارزیابی اول: خود مراقبتی

مورد اول: غذا

مورد دوم: مراقبت از ظاهر

مورد سوم: بهداشت

مورد چهارم: لباس اندام فوقانی

مورد پنجم: لباس اندام تحتانی

ارزیابی دوم: کنترل اسفنکتری

مورد ششم: کنترل مثانه

مورد هفتم: کنترل حرکت روده ای

ارزیابی سوم: موبیلیتی

مورد هشتم: تختخواب ، صندلی ، ولچر

مورد نهم : رفتن به دستشویی

مورد دهم: حمام رفتن ، دوش گرفتن

ارزیابی چهارم: لوکوموشن

مورد یازدهم: رفتن، ویلچر

مورد دوازدهم: راه پل

ارزیابی پنجم: ارتباط

مورد سیزدهم: درک شنیداری

مورد چهاردهم: بیان کلامی

ارزیابی ششم: سازگاری / همکاری اجتماعی

مورد پانزدهم: ظرفیت تعامل و برقراری ارتباط اجتماعی

مورد شانزدهم: حل مشکلات

مورد هفدهم: حافظه

یافته های جستجو:

| لیست مشکلات     |        |                  |
|-----------------|--------|------------------|
| محدودیت عملکردی | اختلال | سیستم بین المللی |
|                 |        |                  |
|                 |        |                  |
|                 |        |                  |
|                 |        |                  |
|                 |        |                  |
|                 |        |                  |
|                 |        |                  |

تشخیص عملکردی:

۵. مدیریت

اهداف:

کوتاه مدت:

بلندمدت:

درمان :

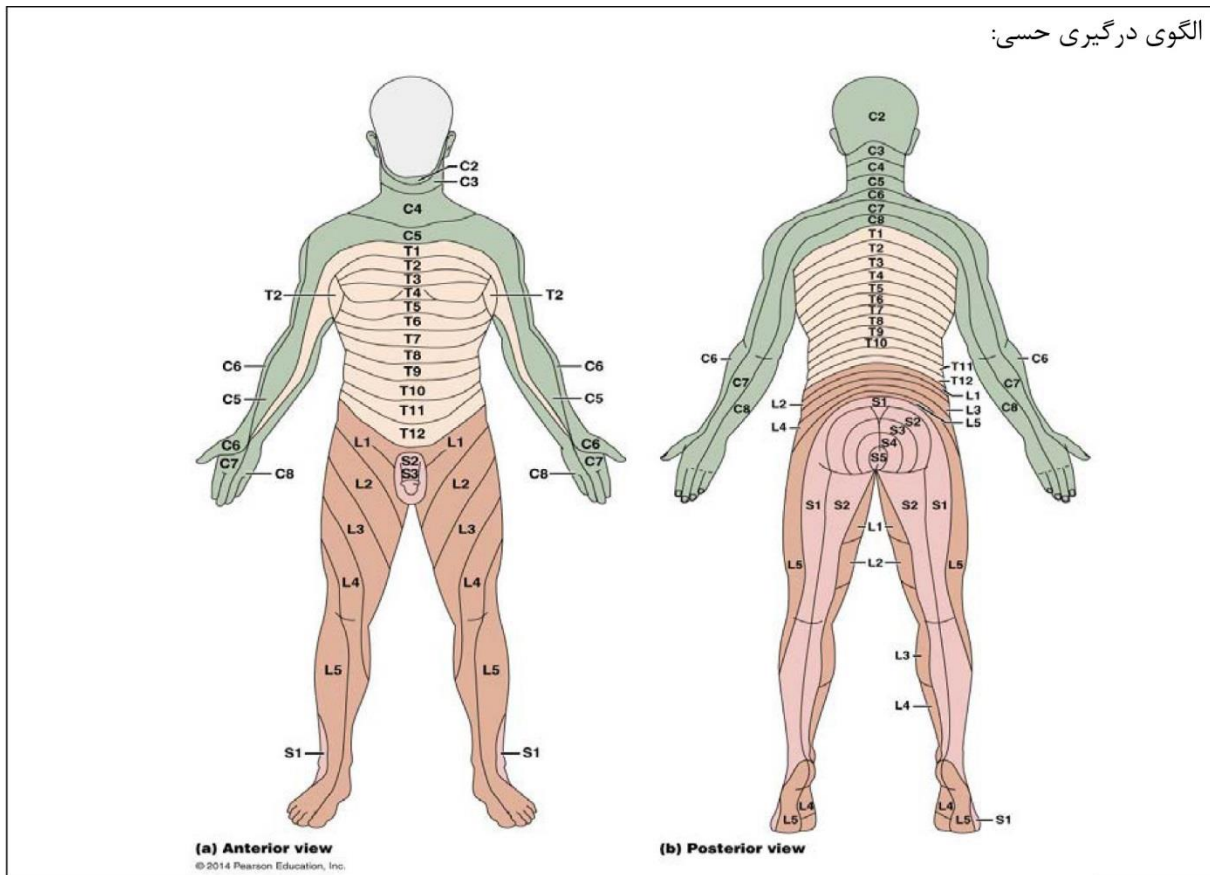
**نام و نام خانوادگی فیزیوتراپیست:**

**امضا:**

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

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

الگوی درگیری حسی:



ارزیابی سیستم حرکتی :

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

| کنترل ارادی |      |              |
|-------------|------|--------------|
| چپ          | راست | سمت          |
|             |      | اندام فوقانی |
|             |      | اندام تحتانی |

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

|  |  |  |  |  |  |                     |
|--|--|--|--|--|--|---------------------|
|  |  |  |  |  |  | انگشتان             |
|  |  |  |  |  |  | ران                 |
|  |  |  |  |  |  | زانو                |
|  |  |  |  |  |  | مچ پا و پا          |
|  |  |  |  |  |  | ستون فقرات<br>گردنی |
|  |  |  |  |  |  | ستون فقرات<br>پشتی  |
|  |  |  |  |  |  | ستون فقرات<br>کمری  |

| طول اندام |      |    |
|-----------|------|----|
| سمت       | راست | چپ |
| حقیقی     |      |    |
| ظاهری     |      |    |

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

|  |  |  |  |  |  |            |
|--|--|--|--|--|--|------------|
|  |  |  |  |  |  | Intrinsics |
|  |  |  |  |  |  | Extrinsics |

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

| چپ                   | راست | ارزیابی رفلکس ها    |      |
|----------------------|------|---------------------|------|
|                      |      | شکمی                | طنبی |
|                      |      | پلانتار             |      |
|                      |      | دوسربازویی (C5)     | طنبی |
|                      |      | براکیورادیالیس (C6) |      |
|                      |      | سه سر بازویی (C7)   |      |
|                      |      | زانو (L4)           |      |
|                      |      | همسترینگ (L5)       |      |
|                      |      | آشیل (S1)           |      |
| رفلکس های پاتولوژیک: |      |                     |      |

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



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

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

### اطلاعات کلی

نام و نام خانوادگی:  جنس: مرد  زن  سن بیمار: تاریخ مراجعه:

آدرس و شماره تلفن:

نوع ارجاع: خود ارجاعی  توصیه دیگران  از جانب پزشک معالج  نام پزشک معالج:

شغل:

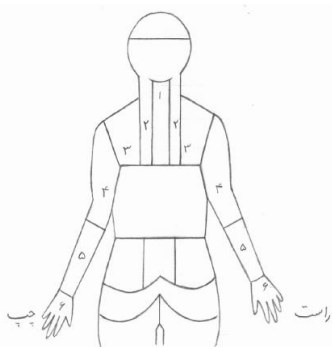
وضعیت یا حرکتی که در هنگام انجام شغل اتان بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد؟ نشستن  ایستادن  راه رفتن  ترکیبی

فعالیت تفریحی: آیا بدلیل درد، فعالیت تفریحی اتان را متوقف کرده اید؟ بلی  خیر

شدت درد (از ۰ تا ۱۰): درد حالت استراحت  درد حالت فعالیت  درد شبانه

مطابق شکل ذیل، محل دقیق دردی که تجربه کرده اید را مشخص کنید.

### تاریخچه



چه مدت زمانی است که این درد را دارید؟ علت ایجاد درد:

از زمان شروع علائم تا الان، شدت درد شما چه تغییری کرده است: کمتر شده  بیشتر شده  تغییری نکرده

از زمان شروع علائم تا الان، مکان درد شما چه تغییری کرده است: پخش شده  جمع شده  تغییری نکرده

درد ثابت: گردن  بازو  ساعد  درد متناوب: گردن  بازو  ساعد

کدام یک از وضعیتها و فعالیتهای ذیل، درد شما را افزایش می دهد؟

نشستن  چرخاندن گردن  خم کردن گردن به جلو  خوابیدن  بلند شدن از حالت خوابیده

کدام یک از وضعیتها و فعالیتهای ذیل، درد شما را کاهش می دهد؟

نشستن  چرخاندن گردن  خم کردن گردن به جلو  خوابیدن  بلند شدن از حالت خوابیده

آیا سابقه درد مشابه به این درد را در گذشته داشته اید؟ بلی  خیر  اگر بلی، چه مدت قبل؟ چه درمانی دریافت کردید؟

### سوالات اختصاصی مرتبط با Red Flag

سرگیجه، تهوع، منگی؟ بلی  خیر  اختلال راه رفتن؟ بلی  خیر

کاهش وزن ناخواسته/بی دلیل؟ بلی  خیر  درد شبانه؟ بلی  خیر

سابقه تصادف و شکستگی در ناحیه گردنی؟ بلی  خیر  سابقه جراحی در ناحیه گردنی؟ بلی  خیر

سابقه بیماری های مختلف؟ قلبی-عروقی، فشار خون، دیابت، روماتیسم مفصلی، تومور، سرطان و... بلی  خیر

یافته های رادیولوژیکی (X-ray, MRI) تشخیص پزشک؟

### معاینه فیزیکی

مشاهده پاسچر نشسته: صاف  خمیده  مشاهده پاسچر ایستاده: سر به جلو  کیفوز پشتی

وجود انحراف جانبی گردن: بلی  خیر  اگر بلی، سمت راست؟ سمت چپ؟

نتیجه اصلاح پاسچر نشسته، ایستاده، انحراف جانبی: کاهش درد  افزایش درد  بدون تغییر درد

تستهای نورولوژیک (در صورت داشتن علائم رادیکولوپاتی):

۱. ضعف و یا آتروفی: عضله ابدکتور شانه  عضله دوسر بازویی  عضلات فلکسیون و اکستنسیون مچ دست
۲. اختلال حسی بصورت گزگز، مورمور، سوزن سوزن شدن، بی حسی: بلی  خیر
۳. اختلال رفلکس تاندونی عضله دو سر بازویی: کاهش یافته  افزایش یافته  بدون تغییر
۴. اختلال تحرک دورا (ULTT): بلی  خیر

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

**Single Active ROM in Sitting**

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

**Repeated Movement Tests**

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

**Diagnosis and Management (MVT Classification)**

**Provisional classification:**

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

**Management:**

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

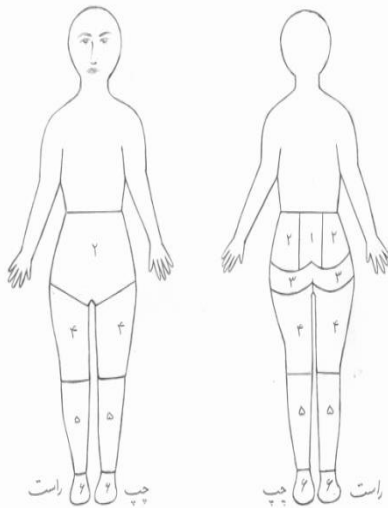
## ارزیابی فیزیوتراپی در اختلالات و بیماریهای سیستم عضلانی اسکلتی - مبتنی بر روش McKenzie

### فرم ارزیابی بیماران کمردرد

#### اطلاعات کلی

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

#### تاریخچه



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

#### سوالات اختصاصی مرتبط با Red Flag

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

#### معاینه فیزیکی

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

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

**Single Active ROM in Standing**

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

**Repeated Movement Tests**

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

**Diagnosis and Management (MVT Classification)**

**Provisional classification:**

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

**Management:**

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

**Confirmed classification:**

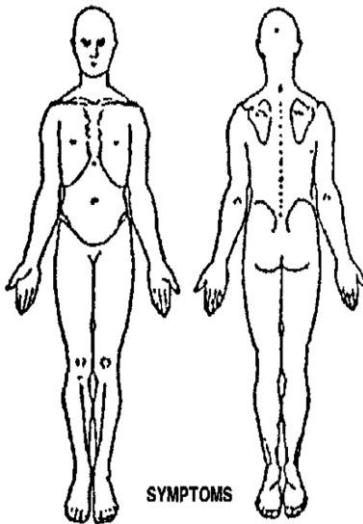
Postural     Dysfunction     Derangement     Others   
 Central or Symmetrical     Unilateral or Asymmetrical above knee     Unilateral or Asymmetrical below knee

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

### اطلاعات کلی

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

### تاریخچه



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

### معاینه فیزیکی

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

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

**Extremities:** Shoulder  Elbow  Wrist  Hand

**Single Active/Passive ROM**

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

**Single Resisted Movement**

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

**Spine testing:** Not relevant  Relevant  Secondary Problem

**Repeated Movement Tests**

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

**Diagnosis and Management (MVT Classification)**

**Provisional classification:**

Postural  Articular Dysfunction  Contractile Dysfunction  Derangement  Others

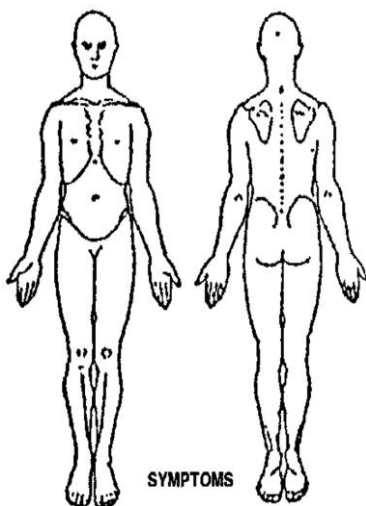
**Management:**

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

### اطلاعات کلی

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

### تاریخچه



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

### معاینه فیزیکی

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



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

### فرم ارزیابی درد اندام تحتانی (ادامه)

Extremities: Hip  Knee  Ankle  Foot

#### Single Active/Passive ROM

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

#### Single Resisted Movement

| Movement | Flexion | Extension | Abd/Add | Ext/Int Rot |
|----------|---------|-----------|---------|-------------|
| Pain     |         |           |         |             |

Spine testing: Not relevant  Relevant  Secondary Problem

#### Repeated Movement Tests

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

#### Diagnosis and Management (MVT Classification)

**Provisional classification:**

Postural  Articular Dysfunction  Contractile Dysfunction  Derangement  Others

**Management:**

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

۱. بانک اطلاعاتی بیمار:

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

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: شغل: وضعیت ازدواج: ارجاع دهنده: تشخیص: تاریخ پذیرش: آدرس: شماره تماس: شکایات اصلی: تاریخچه کنونی پزشکی:

تاریخچه گذشته پزشکی: جراحی و بستری در بیمارستان  جراحات و تصادفات  بیماریهای سیستم ایمنی  آلرژی  سایر  تاریخچه دارویی:

| شماره | بیماری   | داروها | مدت |
|-------|----------|--------|-----|
| ۱     | دیابت    |        |     |
| ۲     | فشار خون |        |     |
| ۳     |          |        |     |
|       |          |        |     |

تاریخچه فامیلی:

تاریخچه اجتماعی:

تاریخچه فردی:

سابقه مصرف سیگار: خیر  بله  تعداد سال مصرف: ..... سال  
سابقه مصرف الکل: خیر  بله  تعداد سال مصرف: ..... سال  
سایر سوابق مرتبط (تماس با آزیست و غیره):  
پاکت سال: ....  
میزان مصرف روزانه: ....

ب. ارزیابی Subjective

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

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

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

آگاهی از بیماری:

ج. ارزیابی Objective

❖ مشاهده عمومی:

قد : وزن : شاخص توده بدنی:

ظاهر عمومی: دیسترس قلبی ریوی  اضطراب  درد  بیدار  هوشیار  متوجه  طبیعی   
 نوع بدن: اکتومورفیک  اندومورفیک  مزومورفیک  تنومند  کاشکتیک  ناتوان  سایر   
 نمره GCS: دمای بدن : تعدادتنفس: فشارخون:  
 ضربان قلب:

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

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

حجم پالس : ( عدم وجود پالس: ۰ ؛ پالس به سختی حس شود: +۱ ؛ پالس تا حدودی کاهش یافته: +۲ ؛ طبیعی : +۳ ؛ بی نظمی زیاد پالس : +۴ )

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

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

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

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

سیانوز: مرکزی  محیطی

فشار ورید ژوگولار:

ادم محیطی:

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

kyphoscoliosis  scoliosis  kyphosis  Pectus excavatum  Pectus carinatum

حرکت قفسه سینه:

الگوی تنفس:

❖ لمس قفسه سینه:

نای:

اتساع قفسه سینه:

بخش فوقانی: متقارن  عدم تقارن

بخش میانی: متقارن  عدم تقارن

بخش تحتانی: متقارن  عدم تقارن

امفیزم جراحی:

: vocal fremitus

بخش فوقانی:

بخش میانی:

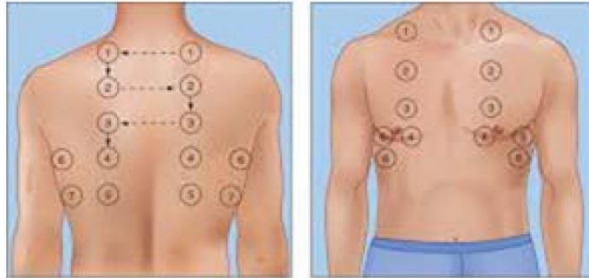
بخش تحتانی:

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

تندرست عضلات کمک تنفسی:

گره های لنفاوی:

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



نتایج پرکاشن:

- woody dullness  stony dullness  hyper resonant  resonant

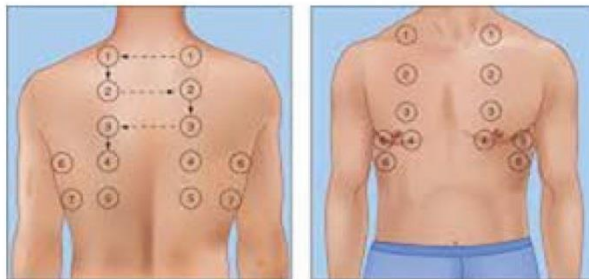
سطح لبه راست:

سطح لبه چپ:

سطح لبه قلب:

سطح عمل دیافراگم:

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



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

صداهای اضافی:

- در دم: ابتدا  وسط  انتها  نرم  خشن

- در بازدم: wheeze  rhonchi

سایش پلور:

- aegophony  whispering pectoriloquy :vocal resonance

صداهای قلبی:

❖ خلط

- جنس:  بزاقی  موکوسی  موکوسی چرکی  چرکی  کف آلود  خلط خونی   
 رنگ:  شفاف  بی رنگ مانند سفیده تخم مرغ  سیاه  قهوه ای  سفید کف آلود  صورتی  مایل به سبز  قرمز زله ای  زنگ زده  غلظت و قوام: نازک  ضخیم  چسبناک  سفت  کف آلود   
 مقدار:  ناچیز /  قاشق چایخوری /  فنجان /  پاینت ( یک هشتم گالن ) موقع از روز:  صبح  غروب

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

بو:

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

❖ بررسی های آزمایشگاهی:

اسپیرومتری:

گازهای خون شریانی:

تصویربرداری قفسه سینه:

الکترکاردیوگرام و اکوکاردیوگرام:

### ۲. لیست مشکلات

| سیستم بین المللی | اختلال | محدودیت عملکردی |
|------------------|--------|-----------------|
|                  |        |                 |
|                  |        |                 |
|                  |        |                 |
|                  |        |                 |
|                  |        |                 |
|                  |        |                 |

۳. برنامه ریزی اولیه درمان:

اهداف کوتاه مدت:

اهداف بلندمدت:

۴. یادداشت های پیشرفت بر اساس SOAP :

بررسی نتایج درمان بر اساس ICIDH-2:

۵. خلاصه تریخیص:

۶. بازبینی کیفیت درمان:

بازبینی ساختار:

بازبینی فرایند:

بازبینی نتایج:

نام و نام خانوادگی فیزیوتراپیست :

امضاء:

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

|   |          |  |              |     |
|---|----------|--|--------------|-----|
| نام و نام خانوادگی:   | نام پدر: | شماره پرونده   | تاریخ ویزیت: | سن: |
| <b>شکایت اصلی:</b>  |          | <b>بدترین علامت:</b>   |              |     |
| <b>وضعیت تاهل:</b><br><input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> مطلقه   |          | <b>وضعیت قاعدگی:</b><br><input type="checkbox"/> سنین باروری <input type="checkbox"/> پره منوپوز<br><input type="checkbox"/> منوپوز <input type="checkbox"/> سایر  |              |     |
| <b>وزن</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>قد</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |          | <b>نوع زایمان:</b><br><input type="checkbox"/> زایمان واژینال با وسیله<br><input type="checkbox"/> پارگی بزرگ ضمن زایمان   |              |     |
| <b>علامت ادراری تحتانی:</b><br>SUI <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه:<br>اپیرودهای بی اختیاری ادرار ..... در روز ..... در ماه<br>مقدار نشئت ادرار:<br><input type="checkbox"/> چند قطره <input type="checkbox"/> خیس شدن لباس <input type="checkbox"/> دفع کامل<br>OAB <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه: <input type="checkbox"/> Dry <input type="checkbox"/> Wet<br>Mixed <input type="checkbox"/> S=U <input type="checkbox"/> S>U <input type="checkbox"/> U>S<br>Frequency <input type="checkbox"/> چند بار در روز: مدت بیماری به ماه:<br>Urgency <input type="checkbox"/> چند بار در روز: مدت بیماری به ماه:<br>Nocturia <input type="checkbox"/> چند بار در روز: مدت بیماری به ماه:<br>Recurrent Infections <input type="checkbox"/> چند بار در سل:   |          | <b>دفع غیر طبیعی ادرار:</b><br>Straining to void <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه:<br>Intermittent Stream <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه:<br>Incomplete Emptying <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه:<br>Post void Dribbling <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه:<br>Hesitancy <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه:<br>Poor Flow <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه:<br>Hematuria <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه:<br>Dysuria <input type="checkbox"/> مدت بیماری به ماه:<br>* از ۱-۱۰ به علامت ادراری خود چه نمره ای می دهید؟ (بهترین ۱، بدترین ۱۰)<br>۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ |              |     |
| <b>عملکرد حمایتی لگن:</b><br>خروج توده از واژن (پرولاپس) <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>احساس سنگینی در لگن با پایین کمر <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>Vaginal noise <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>* از ۱-۱۰ به علامت خود چه نمره ای می دهید؟ (بهترین ۱، بدترین ۱۰)  |          |  |              |     |
| <b>علامت دفعی (گوارشی تحتانی):</b><br>علامت ندارد <input type="checkbox"/><br>پیوست <input type="checkbox"/> مدت به ماه: اسهال <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>Urgency <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>بی اختیاری کار <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>بی اختیار مدفوع مایع <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>بی اختیار مدفوع جامد <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>برولاپس رکتوم <input type="checkbox"/> مدت به ماه:  |          |  |              |     |
| <b>ارزیابی بیوست:</b><br>الف) معیارهای Rome III<br>دفعات دفع مدفوع در هفته: ۳ بار و بیشتر <input type="checkbox"/> کمتر از ۲ بار <input type="checkbox"/><br>قوام مدفوع: Hard <input type="checkbox"/> $\leq 25\%$ <input type="checkbox"/> Lumpy <input type="checkbox"/> $\geq 25\%$ <input type="checkbox"/> Loose only with laxative <input type="checkbox"/><br>احساس تخلیه ناکامل: $\geq 25\%$ <input type="checkbox"/> $< 25\%$ <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>زور زدن: $\geq 25\%$ <input type="checkbox"/> $< 25\%$ <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>فشار شکمی: $\geq 25\%$ <input type="checkbox"/> $< 25\%$ <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>دفع انسدادی: $\geq 25\%$ <input type="checkbox"/> $< 25\%$ <input type="checkbox"/> مدت به ماه:<br>ه) بررسی ارگنها:<br>مصرف ملین <input type="checkbox"/> مسافرت اخیر <input type="checkbox"/> تغییرات پوست و مو <input type="checkbox"/> عدم تحمل سرما <input type="checkbox"/> ضعف عضلانی <input type="checkbox"/> GERD <input type="checkbox"/> گجی <input type="checkbox"/><br>دیس فازی <input type="checkbox"/> سنگ کلیه <input type="checkbox"/> تغییر میزان مصرف داروهای خانگی <input type="checkbox"/> استقرای با استفاده از دیورتیک <input type="checkbox"/> استقرای با استفاده از دیورتیک <input type="checkbox"/> |          |  |              |     |

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

| نام و نام خانوادگی:  | نام پدر:                            | شماره پرونده:  | تاریخ ویزیت:                                 | تاریخ تولد:                                 |
|--|-------------------------------------|--|--|---|
| <b>درد:</b>  |                                     |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> درد مثانه   | در چه حالتی:                        | مدت به ماه:  | در چه حالتی:                                 | مدت به ماه:                                 |
| <input type="checkbox"/> درد حین دفع   | در چه حالتی:                        | مدت به ماه:  | در چه حالتی:                                 | مدت به ماه:                                 |
| *از ۱-۱۰ به علائم خود چه نمره ای می‌دهید؟ (بهترین ۱، بدترین ۱۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰   |                                     |  |  |   |
| <b>عملکرد جنسی:</b>  |                                     | <b>درمانهای قبلی:</b>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> فعال  | <input type="checkbox"/> غیر فعال   | <input type="checkbox"/> نداشتن ورزش kegel <input type="checkbox"/> فیزیوتراپی / بیوفیدبک <input type="checkbox"/> پساری |  |   |
| <input type="checkbox"/> مشکل قابل توجهی ندارد   |                                     | جراحی‌ها:  |  |   |
| <input type="checkbox"/> همسر مشکل دارد <input type="checkbox"/> ندارد   |                                     | <input type="checkbox"/> BURCH/MMK <input type="checkbox"/> لاپاراسکوپی  |  |   |
| <input type="checkbox"/> عدم رضایت بیمار   |                                     | دوز: مدت به ماه:   |  |   |
| <input type="checkbox"/> عدم رضایت همسر  |                                     | دروزیتول <input type="checkbox"/>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> دیسپارونی <input type="checkbox"/> کاهش میل جنسی <input type="checkbox"/> خشکی واژن                                   |                                     | SLING <input type="checkbox"/> ترمیم اسفنکتر آنال <input type="checkbox"/>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> اختلال برانگیختگی در رسیدن به ارگاسم  |                                     | TVT <input type="checkbox"/>   |  |   |
| مدت به ماه:  |                                     | TOT <input type="checkbox"/>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> بی اختیاری حین دخول   |                                     | Bulking agent <input type="checkbox"/>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> بی اختیاری حین نزدیکی   |                                     | ترمیم قدامی <input type="checkbox"/>   |  |   |
| مدت به ماه:  |                                     | ترمیم خلفی <input type="checkbox"/>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> بی اختیاری حین هردو حالت  |                                     | سازپنشن کاف شکمی <input type="checkbox"/>  |  |   |
| مدت به ماه:  |                                     | سازپنشن کاف واژینال <input type="checkbox"/>   |  |   |
| مدت به ماه:  |                                     | obliterative <input type="checkbox"/>  |  |   |
| مدت به ماه:  |                                     | درمانهای دارویی دفعی:  |  |   |
| مدت به ماه:  |                                     | دوز: مدت به ماه:   |  |   |
| *از ۱-۱۰ به علائم خود چه نمره ای می‌دهید؟ (بهترین ۱ - بدترین ۱۰) ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰  |                                     |  |  |   |
| <b>سابقه طبی و جراحی:</b>  |                                     |  |  |   |
| <b>سیگار:</b> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <b>الکل:</b> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله |                                     | <b>نورولوژی:</b>   |  |   |
| در صورت مثبت بودن چه مدت و چه مقدار:   |                                     | <input type="checkbox"/> تنگی کانال نخاعی  |  |   |
| <b>دیابت:</b> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله  |                                     | <input type="checkbox"/> هرنی دیسک کمر   |  |   |
| <input type="checkbox"/> انسولینی  |                                     | <input type="checkbox"/> تشنج  |  |   |
| <input type="checkbox"/> غیر انسولی  |                                     | <input type="checkbox"/> کمر درد   |  |   |
| <input type="checkbox"/> غیره:   |                                     | <input type="checkbox"/> غیره:   |  |   |
| <input type="checkbox"/> فشار خون  |                                     | <input type="checkbox"/> گلوکوم  |  |   |
| <input type="checkbox"/> سرفه مزمن   |                                     | <input type="checkbox"/> جراحی روده - برداشتن قسمتی از روده  |  |   |
| <input type="checkbox"/> کلسترول بالا و هیپرلیپیدمی  |                                     | <input type="checkbox"/> جراحی مثانه - کلیه  |  |   |
| <input type="checkbox"/> بیماری عروق کرونر - سکت قلبی - آریتمی   |                                     | <input type="checkbox"/> رادیوتراپی  |  |   |
| <input type="checkbox"/> COPD  |                                     | <input type="checkbox"/> افسردگی   |  |   |
| <input type="checkbox"/> IBS   |                                     | <input type="checkbox"/> افسردگی   |  |   |
| <b>سابقه طبی و جراحی دیگر:</b>   |                                     |  |  |   |
| <b>داروهای مصرفی:</b>  |                                     |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> E2 سیستمیک  | <input type="checkbox"/> E2 واژینال | <input type="checkbox"/> پروژستین  | <input type="checkbox"/> تستوسترون           | <input type="checkbox"/> رالوکسیفن (Evista) |
| آنتی کولینرژیک ها:   |                                     | <input type="checkbox"/> دتروزیتول (تولترودین)   | <input type="checkbox"/> Solifenacin (وزیکر) | <input type="checkbox"/> OCP                |
| <input type="checkbox"/> بلوکرها:  | <input type="checkbox"/> Clonidine  | <input type="checkbox"/> پرازوسین  | <input type="checkbox"/> ترازوسین            | <input type="checkbox"/> ایمی پرامین        |
| <input type="checkbox"/> بلوکرها:  | <input type="checkbox"/> ایندرال    | <input type="checkbox"/> Carvedilol (بلاک $\alpha$ و $\beta$ غیرانتخابی)   | <input type="checkbox"/> متیل دویا           | <input type="checkbox"/> متیل دویا          |
| <input type="checkbox"/> کلسیم بلوکرها:  | <input type="checkbox"/> ادالات     | <input type="checkbox"/> وراپامیل  | <input type="checkbox"/> دیلتازم             | <input type="checkbox"/> متوپرولول          |
| <input type="checkbox"/> دیورتیکها:  | <input type="checkbox"/> لازیکس     | <input type="checkbox"/> اسپیریینولاکتون   | <input type="checkbox"/> هیدروکلروتیازید     | <input type="checkbox"/> آمیلودیپین         |
| <input type="checkbox"/> سایر موارد:   | مسهل ها:                            | آنتی بیوتیک ها:  | آنتی هیستامین ها:                            | آنتی سایکوتیک:                              |
| موارد دیگر دارویی (ضد التهابی، گوارشی، قلبی، ضد اضطراب، استالین ها و...)   |                                     |  |  |   |

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

|  |   |   |             |            |
|--|---|---|-------------|------------|
| نام و نام خانوادگی   | نام پدر   | شماره پرونده  | تاریخ ویزیت | تاریخ تولد |
| معاینه عمومی   |   |   |             |            |
| CVA Tenderness <input type="checkbox"/>  | معاینه شکم :  | زانو :<br>DTR<br>مچ پا :<br>کف پا :   |             |            |
| معاینه پلویک :   |   | دورسی فلکسیون شست پا :<br><input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> چپ                                 |             |            |
| ESST <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی   | Cough <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی | : Sensation <input type="checkbox"/>  |             |            |
| PVR : ml   |   | Ab NL <input type="checkbox"/> NL   |             |            |
| پاراوزینال : <input type="checkbox"/> چپ <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> سنترال                           |   | رفلکس ها : بولبوکاورنو : <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> چپ                                  |             |            |
|  |   | آنال وینک : <input type="checkbox"/> راست <input type="checkbox"/> چپ   |             |            |
| Prolapse Staging   |   |   | POP-Q       |            |
| سرویکس   | کاف   | کمپارتمان قدامی   | Aa:         | Ba:        |
|  |   |   | Gh:         | Pb:        |
|  |   |   | Ap:         | BP:        |
| کمپارتمان خلفی   |   | POP-Q Graph   |             |            |
| انتروسل  |   | +10 +8 +6 +4 +2 0 -2 -4 -6 -8 -10   |             |            |
|  |   | [ ]   |             |            |
| معاینه واژینال   |   | معاینه رکتال : <input type="checkbox"/> انجام نشد   |             |            |
| آتروفی :   | هایپرموبیلیتی اور ترا :   | Rest ( در حال استراحت ) <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> زیاد    |             |            |
| فیستول :   | ندارد <input type="checkbox"/>                                    | Squeeze ( در حال انقباض ) <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> زیاد  |             |            |
| <input type="checkbox"/> اپیکال <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Ant                                       |   | Pushing ( در حال زور زدن ) <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/> زیاد |             |            |
| تون لواتور :   |   | دیس سینرژی <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد   |             |            |
| قدرت : <input type="checkbox"/> هیچ <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> خوب    |   | معاینه دو دستی واژن : رحم : آدنکس ها :  |             |            |
| مدت : <input type="checkbox"/> هیچ <input type="checkbox"/> کوتاه <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> طولانی |   | معاینات دیگر:   |             |            |
| پربنه آل بادی :  |   |   |             |            |
| نزول پربنه :   |   |   |             |            |
| نقص پربنه :  |   |   |             |            |
| پارااکلینیک :  |   |   |             |            |
| آزمایش ادرار : <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/> هماچوری <input type="checkbox"/> نیتريت                   |   | WBC : RBC : کشت ادرار :   |             |            |
| سونوگرافی :  |   |   |             |            |
| ماموگرافی :  |   |   |             |            |
| سایر Imaging :   |   |   |             |            |
| آزمایشات خون و غیره :  |   |   |             |            |
| UDS :  |   |   |             |            |
| سیستوسکوپی :   |   |   |             |            |
| پاپ اسمیر :  |   |   |             |            |
| تشخیص :  |   |   |             |            |

نام و نام خانوادگی فیزیوتراپیست :

امضاء:



بسمه تعالی  
فرم تدوین راهنمای تجویز

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

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

