



Questionnaire1

پرسشنامه وان - مرجع پرسشنامه ایران

## فرم ویژگیهای جمعیت شناختی

شهرستان .....

سن:

جنس: مرد  زن

وضعیت تأهل: مجرد  متأهل  مطلقه

میزان سواد: بیسواد  ابتدائی  راهنمایی  دبیرستان  دیپلم و بالاتر

وضعیت شغلی: بیکار  کارگر  کارمند  کاسب  شغل آزاد  راننده

خانه دار

منطقه مسکونی: شهر  روستا  حاشیه شهر

وضعیت مسکن: شخصی  استیجاری  منزل پدری  منزل فامیل  زندان  بی خانمان

آیا طی یک سال گذشته از داروهای روانگردان استفاده کرده است؟

آیا در حال حاضر از مواد روانگردان استفاده میکند؟

آیا والدین شما نسبت خویشاوندی دارند؟

در صورتیکه پاسخ شما بلی است چه نسبتی؟

چندمین فرزند خانواده است؟ تعداد اعضای خانواده تعداد خواهر تعداد برادر

آیا در گذشته به ناراحتی روحی یا عصبی گرفتار بوده اید؟

در صورت پاسخ بلی مشکل شما چند وقت پیش شروع شد؟

آیا تا به حال به علت ناراحتی عصبی یا روحی در بیمارستان بستری شده اید؟

در صورت بلی چند بار؟

آیا سابقه ناراحتی عصبی روحی در خانواده شما وجود دارد؟

در صورت بلی آن را مشخص نمائید؟

نحوه انتقال ویروس HIV کدامیک از راههای ذکر شده بوده است؟

تزریق مشترک  ارتباط جنسی  خون و فرآورده های خونی  نامشخص

چه مدت از زمان اطلاع شما با آلودگی به ویروس HIV میگذرد؟

موفق باشید

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ جنسیت: مؤنث  مذکر  پایه تحصیلات: \_\_\_\_\_  
علائم جسمی:

علائم درد:

سر درد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
درد اندام	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
درد پشت	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
درد مفاصل	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد

علائم گوارشی:

اشکال در بلع	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
دل درد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
تهوع	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
استفراغ	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
اسهال	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
سوزش معده	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
درد معده	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد

علائم قلبی تنفسی:

تنگی نفس	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
طپش قلب	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
درد قفسه سینه	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد

علائم حسی حرکتی:

کوفتگی یا ضعف عمومی	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
دو بینی	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
تاری دید	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
از دست دادن موقت بینایی	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
از دست دادن صدا	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
کری	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
احساس از حال رفتن	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
فلج یا ضعف	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد

علائم دستگاه تناسلی - ادراری:

سوزش ادرار	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
تکرار ادرار	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
ناتوانی در دفع	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
اختلال در عملکرد جنسی	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
اختلال در میل - تحریک - ارگاسم	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
احساس سوزش در دستگاه تناسلی	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد

سایر علائم:

احساس سرگیجه	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
فراوشی	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد

علائم زیر فقط در مورد خانمها پرسیده میشود:

قاعدگی درد ناک	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
خونریزی شدید در دوران قاعدگی	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
استفراغ در دوران حاملگی	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد
دوره های قاعدگی نا منظم	<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد

طول مدت علائم : کمتر از یک هفته  کمتر از یک ماه  یک تا شش ماه  بیشتر از شش ماه  بیش از یک سال   
 با توجه به علائم گزارش شده کدامیک از تشخیص های زیر رد میشود؟  
 اختلال سوء مصرف مواد  اختلال افسردگی  اختلال عضوی   
 علائم اتونوم :

<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	طپش قلب
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	تریق
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	خشکی دهان
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	لرزش اندامها
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	احساس سر گیجه
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	احساس تنگی نفس
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	احساس فشار در گلو
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	احساس گرفتگی گلو هنگام غذا خوردن در جمع
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	احساس گر گرفتگی
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	احساس گز گز شدن در دست و پا
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	تنش عضلانی
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	تشدید واکنش از جا پریدن

علائم ترس

<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	ترس از مرگ
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	ترس از صحبت کردن در جمع
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	ترس از بیرون رفتن از منزل به تنهایی
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	ترسهای ساده
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	ترس از جنون
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	ترس از فضای باز
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	ترس از اتفاق ناگوار

سایر علائم :

<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	بی قراری
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	خستگی پذیری
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	اشکال در به خواب رفتن و تداوم خواب
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	دلهره و دلشوره
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	افکار وسواسی
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	اعمال وسواسی
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	تجربه حوادث تروماتیک
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	یاد آوری مکرر و مزاحم حوادث تروماتیک
<input type="checkbox"/> وجود دارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	خواهشهای تکراری و ناراحتی بر انگیز از حادثه تروماتیک وجود دارد
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	سعی در اجتناب از افکار و احساس مربوط به حادثه تروماتیک
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	نا توانی در به خاطر آوردن وجه مهمی از حادثه تروماتیک

شدت علائم : خفیف  متوسط  شدید

مدت علائم : کمتر از یک هفته  کمتر از یک ماه  یک تا شش ماه  بیشتر از شش ماه  بیشتر از یک سال

با توجه به علائم گزارش شده کدامیک از تشخیص های زیر رد میشود؟

اختلال فیزیکی  اختلال افسردگی  سوء مصرف مواد  ترک دارو

علائم خلقی :

<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	خلق افسرده
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	بیخوابی یا پر خوابی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	کاهش اشتها
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	افزایش اشتها
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	کاهش علاقه
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	کاهش وزن
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	احساس بی ارزشی یا احساس گناه
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	خستگی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	اختلال در تمرکز
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	افکار نا امید کننده
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	احساس در ماندگی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	نا امیدی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	بی قراری
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	روحیه گرفته
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	گریه کردن
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	افکار خودکشی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	کاهش میل جنسی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	افزایش میل جنسی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	خلق بالا یا تحریک پذیر
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	حواس پرتی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	اعتماد به نفس بالا
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	پر حرفی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	پرش افکار
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	ولخرجی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	هذیان
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود ندارد	توهم

شدت علائم :  خفیف  متوسط  شدید

مدت علائم : کمتر از یک هفته  کمتر از یک ماه  یک تا شش ماه  بیشتر از شش ماه  بیش از یک سال

با توجه به علائم گزارش شده کدامیک از تشخیص های زیر رد میشود؟

اختلال عضوی  سوء مصرف مواد

علائم اختلال روانی - عضوی

<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	اختلال سطح هوشیاری
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	اختلالات ادراکی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	اختلال جهت یابی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	اختلال حافظه
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	اختلال تکلم
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	آشفته گی تفکر
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	اختلال در قضاوت
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	

- آپراکسی  وجود دارد  وجود ندارد
- آگنوزی  وجود دارد  وجود ندارد
- تغییرات شخصیت  وجود دارد  وجود ندارد
- شدت علائم: خفیف  متوسط  شدید
- مدت علائم: کمتر از یک هفته  کمتر از یک ماه  یک تا شش ماه  بیشتر از شش ماه  بیشتر از یک سال
- با توجه به علائم گزارش شده کدامیک از تشخیص های زیر رد میشود؟
- عقب ماندگی ذهنی  عوارض دارویی
- علائم سایکوتیک:**

<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	اختلال در جریان فکر
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	حاشیه پردازی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	انسداد کلام
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	تفکر مماسی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	فشار تکلم
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	شل شدن تداعیها
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	بی ربطی کلام
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	واژه سازی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	تداعی صوتی

**اختلال در محتوی فکر**

<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	هذیان گزند و آسیب
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	هذیان بزرگمنشی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	هذیان خیانت همسر
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	هذیان عجیب و غریب
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	هذیان اشنايدر
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	هذیان جسمانی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	هذیان شهوانی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	افکار و عقاید ایتساب
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	بد بینی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	عقاید بیش بها داده شده
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	افکار هیپو کندریاسیس
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	افکار جادویی و سحر آمیز

**اختلالات درک**

<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	توهم شنوایی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	توهم بویایی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	توهم بینایی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	توهم چشایی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	توهم لامسه
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	درک های غیر عادی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	تجارب درکی غیر عادی
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	اختلالات عاطفه
<input type="checkbox"/> وجود ندارد	<input type="checkbox"/> وجود دارد	عاطفه کند

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |

\_ اختلالات سایکو موتور  
رفتارهای عجیب و غریب  
رفتارهای تکراری و کلیشه ای  
تیک  
حرکات کره  
اختلال در عملکرد:

- 
- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |
| <input type="checkbox"/> وجود ندارد | <input type="checkbox"/> وجود دارد |

عملکرد فردی  
عملکرد خانوادگی  
عملکرد شغلی  
عملکرد تحصیلی  
عملکرد اجتماعی

- شدت علائم: خفیف  متوسط  شدید
- مدت علائم: کمتر از یک هفته  کمتر از یک ماه  یک تا شش ماه  بیش از شش ماه  بیش از یک سال
- با توجه به علائم گزارش شده کدامیک از تشخیص های زیر رد میشود؟
- اختلال عضوی  اختلال تیک  سوء مصرف مواد

سایر علائم:

تشخیص:

- ۱  
-۲  
-۳