

پرسشنامه سفالی

|                |       |       |        |
|----------------|-------|-------|--------|
| نام خانوادگی : |       | نام : |        |
| شغل :          | جنس : |       | سن :   |
|                |       |       | آدرس : |
|                |       |       |        |

|                                   |                                    |                                      |                                     |             |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Mixed    | <input type="checkbox"/> Tension   | <input type="checkbox"/> Classic Mig | <input type="checkbox"/> Common Mig | نوع سردرد : |
| <input type="checkbox"/> Vertex   | <input type="checkbox"/> Occipital | <input type="checkbox"/> Temporal    | <input type="checkbox"/> Frontal    | محل سردرد : |
| <input type="checkbox"/> ضرباندار |                                    |                                      | <input type="checkbox"/> فشارنده    | کیفیت :     |

|                |                |                              |
|----------------|----------------|------------------------------|
|                |                | مدت زمان ابتلا به بیماری :   |
|                |                | مدت زمان هر حمله :           |
|                |                | تعداد حملات در ماه :         |
| بعد از سفالی : | قبل از سفالی : | شدت درد بر اساس شماره 1-10 : |
|                |                | نوع و تعداد داروهای مصرفی :  |
|                |                | پاسخ درمانی به دارو :        |
|                |                | انگیزه انتخاب روش درمانی :   |

|                            |                            |                            |                         |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|
|                            |                            |                            | مرحله درمانی :          |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | برنامه انتخابی دستگاه : |
|                            |                            |                            | مدت درمان               |

|                 |                              |                              |                                |                        |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------|
|                 |                              |                              |                                | پاسخ درمانی :          |
|                 |                              |                              |                                | کاهش شدت درد           |
|                 |                              |                              |                                | کاهش تعداد حملات درد   |
|                 |                              |                              |                                | کاهش مدت درد           |
|                 |                              |                              |                                | کاهش میزان داروی مصرفی |
| اگر بلی چه موقع | <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بلی | عود سردرد بعد از استفاده سفالی |                        |

|       |        |
|-------|--------|
| دکتر: | تاریخ: |
|-------|--------|