



فرم ارزیابی شانه استاندارد شده جراحان شانه و آرنج امریکا (American Shoulder and Elbow Surgeons)

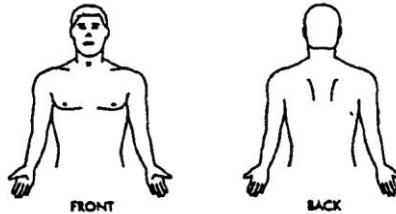
مشخصات بیمار :

نام بیمار: _____
 جنس: مرد زن
 دست غالب: چپ راست هر دو دست
 سن بیمار: _____
 تحصیلات بیمار: _____
 شغل بیمار: _____
 نام معاینه کننده: _____
 تاریخ: _____
 تشخیص: _____
 تاریخ پیگیری و مراجعه: _____
 تاریخ انجام پروسیجر خاص: _____

ارزیابی بیمار محور دور جواب خط بکشید

ایا شما احساس درد در شانه خود دارید؟ بلی خیر

محل درد خود را شکل مشخص کنید



ایا شما درد شانه در شانه خود دارید؟ بلی خیر

ایا به علت درد داروی مسکن معمولی مصرف می کنید؟ (مانند اسپرین، بروفن، استامینوفن) بلی خیر

ایا به علت درد داروی مسکن مخدر مصرف می کنید؟ (مانند کدین، ترامادول، مورفین) بلی خیر

بطور میانگین روزانه چند قرص مسکن مصرف می کنید؟

امروز درد شما چقدر عذاب آور بوده؟ (با علامت زدن مشخص کنید)

ایا احساس می کنید شانه شما ناپایدار است و دچار در رفتگی می شود؟ بلی خیر

چقدر احساس ناپایداری در مفصل خود میکنید؟ (با علامت زدن مشخص کنید)

دور عددی که بر اساس توضیحات زیر بیانگر سطح توانایی شما در تعیین انجام فعالیت ها می باشد خط بکشید.

(0) اصلا قادر به انجام ان کار نیستید

(1) به سختی قادر به انجام ان کار هستید

(2) برخی اوقات برای انجام ان کار دچار سختی می شوید

(3) هیچ مشکلی در انجام ان کار ندارید

نام فعالیت	دست راست	دست چپ
پوشیدن کت	3 2 1 0	3 2 1 0
خوابیدن روی سمت دردناک	3 2 1 0	3 2 1 0
شستن ناحیه کمری	3 2 1 0	3 2 1 0
هنگام توالت رفتن	3 2 1 0	3 2 1 0
شانه زدن موها	3 2 1 0	3 2 1 0
رساندن دست بر روی يك طاچه بلند	3 2 1 0	3 2 1 0
بلند کردن IB 10 بالاتر از شانه	3 2 1 0	3 2 1 0
پرتاب توپ بسمت بالا	3 2 1 0	3 2 1 0
انجام سایر فعالیت های روز مره. نوع ان را ذکر کنید:	3 2 1 0	3 2 1 0
انجام فعالیت های ورزشی معمولی. نوع ان را ذکر کنید:	3 2 1 0	3 2 1 0