

The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Score

(Quick Dash)

Patient Completed

نام پزشک نام بیمار

تاریخ تکمیل پرسشنامه روز/..... ماه/..... سال تاریخ تولد بیمار روز/..... ماه/..... سال

جنس بیمار..... شماره پرونده بیمار.....

دستور کار: این پرسشنامه حاوی پرسشهایی در مورد علائمی که دارید و توانایی شما در انجام فعالیت های خاص است. لطفا بر اساس شرایطتان طی هفته گذشته پاسخ دهید. اگر طی 1 هفته گذشته کار مورد نظر را انجام نداده اید، لطفا تخمین بزنید که کدام پاسخ بیشترین تطابق را با شرایط شما دارد. مهم نیست که شما با کدام دست یا بازویتان کار مورد نظر را انجام می دهید، لطفا به پرسشها بر اساس توانایی انجام کار مورد نظر بدون توجه به چگونگی انجام کار، پاسخ دهید.

لطفا به توانایی تان برای انجام فعالیت های مورد نظر طی 1 هفته گذشته امتیاز بدهید.

مشکلی ندارم	مشکل دارم	متوسط مشکل دارم	مشکل بسیار	مشکل بسیار	نمی توانم
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	25	50	75	100	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	25	50	75	100	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	25	50	75	100	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	25	50	75	100	

1- باز کردن در مربای سفت یا تازه

2- انجام کارهای سنگین خانه
(مثل شستن دیوارها یا کف زمین)

3- حمل کردن کیف یا ساک خرید

4- شستشوی پشتتان

100 75 50 25 0

5- - استفاده از چاقو برای

بریدن مواد غذایی

100 75 50 25 0

6- انجام فعالیت های تفریحی که

با مقداری نیرو انجام می شود

100 75 50 25 0

یا روی بازو، شانه یا دستتاز فشار

می آورد (مثل گلف، تنیس یا چکشکاری)

7- طی 1 هفته گذشته مشکل بازو شانه یا دستتاز تا چه اندازه با فعالیت های اجتماعی طبیعی تاز

با خانواده، دوستتاز، همسایه ها یا گروههای مختلف تداخل کرده است؟

به هیچ وجه مختصری متوسط به مقدار قابل توجه بینهایت

100 75 50 25 0

8- آیا طی 1 هفته گذشته به خاطر مشکل بازو، شانه یا دستتاز شما در شغلتاز یا سایر فعالیت های

روزمره معمول محدودیتی داشته اید؟

به هیچ وجه مختصری متوسط بسیار ناتوان

محدود نشده محدود شده محدود شده محدود شده

100 75 50 25 0

لطفاً به شدت هر یک از علایم خود طی 1 هفته گذشته امتیاز دهید.

9- درد بازو، شانه یا دست

هیچ <input type="radio"/>	کمی <input type="radio"/>	متوسط <input type="radio"/>	شدید <input type="radio"/>	بی نهایت <input type="radio"/>
0	25	50	75	100

10- گزگز و مورمور (سوزن سوزن شدن) در بازو، شانه یا دست

هیچ <input type="radio"/>	کمی <input type="radio"/>	متوسط <input type="radio"/>	شدید <input type="radio"/>	بی نهایت <input type="radio"/>
0	25	50	75	100

11- طی 1 هفته گذشته، به خاطر درد در بازو، شانه یا دستتان چه قدر در خوابتان مشکل داشته اید؟

مشکلی <input type="radio"/>	مشکل <input type="radio"/>	مشکل <input type="radio"/>	مشکل <input type="radio"/>	آنقدر مشکل که <input type="radio"/>
نداشته ام	مختصر	متوسط	شدید	نمی توانم بخوابم
0	25	50	75	100

از این که به همه پرسشهای این پرسشنامه پاسخ دادید از شما سپاسگزاریم.

The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Score is (Quick DASH)

در صورتی که به بیش از 3 سوال پاسخ داده نشده باشد DASH Score قابل محاسبه نمی باشد این فرم دو قسمت دیگر هم دارد که پر کردن آنها اختیاری است.

