

۱. اطلاعات شخصی

نام:	نام خانوادگی:	جنسیت:	مرد ☐ زن ☐ سایر ☐
سن:	۰-۵ ☐ ۶-۱۸ ☐ ۱۹-۳۹ ☐ ۴۰-۵۴ ☐ ۵۵+ ☐	شماره تماس:	
آدرس:			

۲. کنترل خطرهای ساده حرکتی و سلامت

سوالات زیر را پیرسید			
کاهش تحرک	آیا تحرک شما در سه ماه گذشته بسیار کاهش یافته است؟	بله ☐ خیر ☐	ارجاع به مرکز ارائه خدمات بهداشتی 
مشکلات تحرک در کودکان	آیا کودک دو ساله یا بزرگتر نمی تواند راه برود؟	بله ☐ خیر ☐	ارجاع به مرکز ارائه خدمات توان بخشی 
خطر افتادن	آیا نگران زمین خوردن هستید یا بیش از یک بار در سال گذشته زمین خورده اید؟	بله ☐ خیر ☐	ارجاع محصولات کمکی به خدمات توان بخشی ارجاع دهید. 
زخم بستر	آیا روی بدن خود (مانند باسن، سرین ها، پشت) زخم بستر دارید؟	بله ☐ خیر ☐	توصیه به اجتناب از تحت فشار قرار دادن زخم و ارجاع به مرکز ارائه خدمات بهداشتی جهت مراقبت از زخم 
خطر زخم پا	در صورت مشاهده این علائم:	زخم پا ☐ قطع عضو ☐	اگر هریک از این علائم را دارد ← فرم غربالگری پای زیر را کامل کنید.
	در صورت مشاهده این علائم:	زخم، آسیب یا ورم پا ☐ دیابت ☐ جذام 	
	در صورت وجود هریک ← بررسی مراجعه فرد به مرکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی و ارجاع فرد در صورت عدم مراجعه مرتب به این مراکز	بیماری قلبی و یا کلیوی ☐	
آیا:	مصرف سیگار ☐	مصرف الکل (زیاد) ☐	راه رفتن با پای برهنه به طور معمول ☐

۳. غربالگری پا (در صورت پاسخ مثبت فرد به هریک از سوالات خطر زخم پا، این فرم تکمیل شود)

به بالا و پایین پای فرد و بین انگشتان او دقت کنید		
در صورت وجود هریک ← علامت خطر بالا ☐	آیا سابقه ابتلا به این موارد را داشته اید؟	زخم پا ☐ قطع انگشتان، پا یا ساق پا ☐
	در حال حاضر مبتلا هستید؟	هرگونه زخم یا جراحت روی پنجه، ساق یا سایر قسمت های پا ☐
	آیا هر دو پا این علائم قابل رؤیت است؟	قرمزی ☐ داغی در هنگام لمس ☐ تورم ☐

 ارجاع توصیه می شود  اینجا بنویسید

این علائم قابل رؤیت است؟		مشکلات پوست یا ناخن ☐		شکل غیرمعمول پا یا انگشتان ☐		← علامت خطر ☐
چک کردن جریان خون فرد						
مشاهده‌ی علائم کاهش جریان خون		تورم پا یا مچ پا ☐ سردی یا رنگ‌پریدگی پا ☐		عدم رویش مو روی پا یا انگشتان پا ☐		در صورت وجود هریک ← علامت خطر ☐
از فرد سؤال کنید: آیا در پشت پاهای خود درد احساس می‌کنید؟		شب‌ها ☐		در پیاده‌روی‌های کمتر از ۲۰۰ متر ☐		علامت خطر ☐
تست ضربان		پای چپ: رویه ☐ مچ ☐ پای راست: رویه ☐ مچ ☐		بدون نبض ← علامت خطر ☐		
تست پر شدن مجدد: انتهای هر انگشت شست پا را محکم فشار دهید. قبل از اینکه انگشت پا به رنگ عادی برگردد تعداد ثانیه‌ها را بشمارید.						
		پر شدن در کمتر از ۳ ثانیه ☐		پر شدن در بیشتر از ۳ ثانیه ☐		← علامت خطر ☐
چک کردن احساس (میزان حساسیت پا) فرد						
از فرد سؤال کنید: آیا احساس یا درد غیرعادی در پاها یا انگشتان پا دارید؟						
تست حساسیت: با چشمان بسته - نوک انگشتان ۱، ۳ و ۵ را لمس کنید، پس از هر لمس سراغ پای دیگر بروید. ✓ انگشتانی که حس دارد را تیک بزنید. ✗ انگشتانی که حس ندارد را ضربدر بزنید.		بله ☐		← علامت خطر ☐		
بی‌حسی در ۲ انگشت یا بیشتر ← علامت خطر ☐						

خطر زخم پای فرد را به‌طور مختصر توضیح دهید (تعداد علائم خطر و علامت‌های پرخطر را بشمارید)			
تعداد علائم خطر علامت زده‌شده	میزان خطر ابتلا به زخم پا		
		خطر	پرخطر
۰ یا ۱	پایین	۰	← آموزش در مورد کفش مناسب. ← آموزش در مورد نحوه مراقبت از پاها
۲	متوسط	۰	← آموزش در مورد نحوه مراقبت از پاها
۳+	بالا	۱	← ارزیابی در خصوص استفاده از کفش‌های طبی و/یا ارجاع به مرکز خدمات بهداشتی درمانی یا کلینیک زخم پا

۴. سوالات غربالگری ساده برای محصولات کمکی حرکتی

محصولات کمکی حرکتی و/یا صندلی چرخ‌دار		
آیا می‌توانید بایستید یا راه بروید؟	بله، بدون سختی ☐	هیچ اقدامی لازم نیست.
	بله، با کمک ☐	در صورت وجود هریک ← ارزیابی و صحبت در خصوص ارائه محصولات کمکی راه رفتن
	بله، فقط مسیرهای کوتاه ☐	
	بله، تنها بر روی یک پا ☐	↗ ارجاع برای ارزیابی فرد در خصوص استفاده از صندلی چرخ‌دار
	خیر، اصلاً نمی‌تواند راه برود ☐	↗ ارجاع برای ارزیابی فرد در خصوص استفاده از صندلی چرخ‌دار
سطح شیب‌دار قابل حمل (فقط برای افرادی که از صندلی چرخ‌دار، واکر چرخ‌دار یا ساده استفاده می‌کنند)		
	بله ☐	← کمک گرفتن از رمپ قابل حمل.

↗ ارجاع توصیه می‌شود اینجا بنویسید

آیا لازم است به طور منظم از چند پله بالا و پایین بروید و/یا سوار یک وسیله نقلیه شده یا از آن پیاده شوید؟		☐ خیر
میله نگه دارنده (مثلاً در اتاق خواب، توالت، حمام، یا کنار پله)		
آیا در خانه خود برای رفتن به رختخواب، تعادل داشتن، نشستن، ایستادن و یا حرکت کردن مشکل دارید؟	☐ بله ☐ خیر	← کمک گرفتن از یک میله نگه دارنده.
تخته انتقال (مثلاً برای رفت و آمد به تخت، توالت، مبل یا وسیله نقلیه)		
آیا برای حرکت دادن بدن خود از جایی به جای دیگر مشکل دارید؟	☐ بله ☐ خیر	← کمک گرفتن از یک تخته انتقال
پا یا ساق مصنوعی (برای افراد با قطع کف یا ساق پا)		
آیا از پروتز استفاده می کنید؟	☐ بله ☐ خیر	← چک کردن پروتز ارجاع به مراکز خدمات پروتز در صورت وجود نگرانی ← صحبت در خصوص نیاز به ارجاع به مراکز ارائه خدمات پروتز

۵. سایر محصولات کمکی

آیا مشکلی در هر یک از این موارد دارید:	☐ بینایی ☐ شنوایی ☐ مراقبت از خود ☐ ارتباط ☐ شناخت (تفکر/یادآوری)	در صورت وجود هر یک ← سایر محصولات کمکی و/یا ارجاع به سایر خدمات ممکن است مورد نیاز باشد.
--	--	---

۶. برنامه ریزی

غربالگری برای:	☐ بینایی ☐ شنوایی ☐ مراقبت از خود ☐ ارتباط ☐ شناخت
ارزیابی برای:	☐ محصولات کمکی راه رفتن ☐ تخته انتقال ☐ رمپ قابل حمل ☐ کفش طبی ☐ میله های نگه دارنده در منزل
آموزش در مورد:	☐ نحوه مراقبت از پا ☐ کفش مناسب برای پوشیدن
ارجاع به سایر خدمات برای:	☐ مراقبت از سلامت ☐ مراقبت های دیابت ☐ مراقبت از زخم ☐ کلینیک زخم پا ☐ توان بخشی ☐ صندلی چرخ دار ☐ بررسی یا ارزیابی پروتز سایر:
پیگیری ظرف مدت:	☐ ۱-۳ ماه ☐ ۶ ماه ☐ ۱۲ ماه
تاریخ پیگیری:	