

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

### 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	مشکلی ندارم	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 - باز کردن در مربای سفت یا تازه
0	25	50	75	100	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 - نوشتن
0	25	50	75	100	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3- چرخاندن کلید
0	25	50	75	100	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4- غذا درست کردن
0	25	50	75	100	

100       75       50       25       0      5- کشیدن و باز کردن در سنگین

100       75       50       25       0      6- قرار دادن چیزی روی تاقچه بالای سرتان

100       75       50       25       0      7- انجام کارهای سنگین خانه(مثل شستن دیوارها یا کف زمین)

100       75       50       25       0      8- انجام کارهای باغچه یا حیاط

100       75       50       25       0      9- مرتب کردن رختخواب

100       75       50       25       0      10- حمل کردن کیف یا ساک خرید

100       75       50       25       0      11- حمل کردن شیء سنگین (بالای 5 کیلوگرم)

12- تعویض لامپ سقفی  
100 75 50 25 0 بالای سرتان

13- شستن و ششوار  
100 75 50 25 0 کردن موهایتان

14- شستشوی پشتتان  
100 75 50 25 0

15- پوشیدن پولیور یا ژاکت  
100 75 50 25 0

16- استفاده از چاقو برای  
100 75 50 25 0 بریدن مواد غذایی

17- انجام فعالیتهای تفریحی  
100 75 50 25 0 که به اندکی تلاش نیاز دارد  
(مثل ورق بازی یا بافندگی)

18- انجام فعالیت های تفریحی  
100 75 50 25 0 که با مقداری نیرو انجام می شود  
یا روی بازو، شانه یا دستتان فشار  
می آورد (مثل گلف، تنیس یا  
چکشکاری)

19- انجام فعالیت های تفریحی  
 که در آنها بازویتان باید آزادانه حرکت کند (مثل بدمینتون)

0     25     50     75     100

20- از عهده نقل و انتقال از نقطه ای به نقطه دیگر برآمدن

0     25     50     75     100

21- انجام فعالیت های جنسی

0     25     50     75     100

22- طی 1 هفته گذشته مشکل بازوشانه یا دستتان تا چه اندازه با فعالیت های اجتماعی طبیعی تان با خانواده، دوستان، همسایه ها یا گروههای مختلف تداخل کرده است؟

به هیچ وجه     مختصر     متوسط     زیاد     شدید

0    25    50    75    100

23- آیا طی 1 هفته گذشته به خاطر مشکل بازو، شانه یا دستتان شما در شغلتان یا سایر فعالیت های روزمره معمول محدودیتی داشته اید؟

خیر     مختصری     بطور متوسط     شدید     ناتوان

0    25    50    75    100

لطفا به شدت علائم زیر طی 1 هفته گذشته امتیاز دهید.

هیچ    کمی    متوسط    شدید    بی نهایت

              

24- درد بازو، شانه یا دست

100      75      50      25      0

                      

25- درد بازو، شانه یا دست  
وقتی فعالیت به خصوصی انجام

100      75      50      25      0

                      

26- گزگز و مورمور (سوزن سوزن

100      75      50      25      0

شدن) در بازو، شانه یا دست

                      

27- ضعف در بازو، شانه یا دست

100      75      50      25      0

                      

28- سفتی یا خشکی در بازو، شانه

یا دست

100      75      50      25      0

مشکلی      مشکل      مشکل      مشکل      مشکلی  
نداشته ام      مختصر      متوسط      شدید      آنقدر مشکل که  
نمی توانم بخواهم

                      

29- طی 1 هفته گذشته، به خاطر

100      75      50      25      0

ر در درد بازو، شانه یا دستتان

چه قدر در خوابتان مشکل

داشته اید؟

قویا      موافقم      نه موافقم      مخالف      قویا  
مخالفم      نه مخالف      موافقم

                      

30- احساس می کنم توانایی هایم کم

شده، به خاطر مشکل بازو، شانه یا

دستم، احساس عدم راحتی می کنم 0 25 50 75 100  
یا احساس کمتر مفید بودن میکنم

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

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

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 ( **Sports/performing Arts Module & Work Module** ) که پر کردن آنها اختیاری است و در ادامه این فرم آورده شده است.

## The Disabilities of the Arm, shoulder and Hand (DASH) Score-Work Module

### Patient Completed

نام پزشک ..... نام بیمار .....

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

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

پرسشهای زیر در مورد اثرات بازو، شانه و دست روی توانایی شما در کار کردن پرسیده می شود ( شامل کارهای خانه اگر کار اصلی شما باشد)

آیا شما کار می کنید؟

خیر  شما می توانید از این قسمت بگذرید.

بله  لطفا شغل/کار خود را ذکر کنید. .... سپس به پرسشهای زیر پاسخ

دهید.

لطفا هر قسمت که به بهترین وجه توانایی فیزیکی شما را در هفته گذشته توصیف می کند علامت بزنید.

آیا شما هیچ مشکلی در .....

1- آیا شما هیچ مشکلی در استفاده از تکنیک های معمول خود در کارتان دارید؟

○ خیر (0)      ○ خفیف (25)      ○ متوسط (50)      ○ شدید (75)      ○ ناتوان (100)

2- آیا شما هیچ مشکلی در انجام کارهای معمول خود به دلیل درد بازو، شانه یا دست دارید؟

○ خیر (0)      ○ خفیف (25)      ○ متوسط (50)      ○ شدید (75)      ○ ناتوان (100)

3- آیا شما هیچ مشکلی در انجام کارهای خود به اندازه دلخواه دارید؟

○ خیر (0)      ○ خفیف (25)      ○ متوسط (50)      ○ شدید (75)      ○ ناتوان (100)

4- آیا شما هیچ مشکلی در انجام کارهایتان در وقت معمول خود دارید؟

○ خیر (0)      ○ خفیف (25)      ○ متوسط (50)      ○ شدید (75)      ○ ناتوان (100)

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

**The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand - work module is: -----**



## The Disabilities of the Arm, shoulder and Hand (DASH) Score- Sports/performing Arts Module

### Patient Completed

نام پزشک ..... نام بیمار .....

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

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

پرسشهای زیر در مورد اثرات بازو، شانه و دست بر روی نواختن ساز مورد علاقه شما یا انجام ورزش مورد علاقه تان یا هر دو می باشد. اگر شما بیشتر از یک ساز می نوازید یا بیشتر از یک ورزش انجام می دهید (یا هر دو) لطفا با توجه به فعالیتی که برای شما بیشترین اهمیت را دارد به پرسشها پاسخ دهید.

آیا شما موسیقی می نوازید یا ورزش می کنید؟

خیر  شما می توانید از این قسمت بگذرید.

بله  لطفا به مهمترین ورزش یا سازی که می نوازید اشاره کنید.

لطفا هر قسمت که به بهترین وجه توانایی فیزیکی شما را در هفته گذشته توصیف می کند علامت بزنید.

آیا شما هیچ مشکلی در .....

1- آیا شما هیچ مشکلی در استفاده از تکنیک های معمول خود برای نواختن ساز خود یا انجام ورزشتان دارید؟

○ خیر(0)      ○ خفیف (25)      ○ متوسط (50)      ○ شدید (75)      ○ ناتوان (100)

2- آیا شما هیچ مشکلی در نواختن ساز خود یا انجام ورزشتان به دلیل درد بازو، شانه یا دست دارید؟

○ خیر(0)      ○ خفیف (25)      ○ متوسط (50)      ○ شدید (75)      ○ ناتوان (100)

3- آیا شما هیچ مشکلی در نواختن ساز خود یا انجام ورزشتان به اندازه دلخواه دارید؟

○ خیر(0)      ○ خفیف (25)      ○ متوسط (50)      ○ شدید (75)      ○ ناتوان (100)

4- آیا شما هیچ مشکلی در تمرین یا نواختن ساز یا انجام ورزش خود در وقت معمول دارید؟  
○ خیر (0) ○ خفیف (25) ○ متوسط (50) ○ شدید (75) ○ ناتوان (100)

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

**The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) Score - Sports/Performing Arts**

**Module Score is: ----**