

به نام خدا

پرسشنامه عوارض احتمالی

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

آدرس و شماره تلفن:

لطفا مواردی را که در طی ۶ هفته مطالعه برای شما اتفاق افتاده است، مشخص نموده و اگر تعداد تقریبی تکرار آنها را به خاطر دارید، بنویسید.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ۱- ☐ گریه و بی قراری در طی جلسه درمان | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۲- ☐ تشدید سرفه ها | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۳- ☐ احساس درد یا سوزش در قفسه سینه و دنده ها | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۴- ☐ تهوع و استفراغ | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۵- ☐ تخلیه خلط خونی | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۶- ☐ احساس فشار و سنگینی در قفسه سینه | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۷- ☐ تنگی نفس و دشواری تنفس | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۸- ☐ وقوع ریفلاکس یا بازگشت محتویات معده به مری | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۹- ☐ احساس سرگیجه | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۱۰- ☐ احساس ضعف و خستگی شدید | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۱۱- ☐ افت قند خون در صورتیکه چک شده باشد | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۱۲- ☐ احساس درد، کوفتگی و گرفتگی در عضلات پاها | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۱۳- ☐ احساس تپش قلب | (بسیار زیاد/ زیاد/ متوسط/ کم/ هیچگاه) |
| ۱۴- سایر موارد: ... | |