



مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی بیمار:

سن بیمار:

جنس: زن مرد تحصیلات: بیسواد ابتدایی سیکل دیپلم بالاتر از دیپلم

نوع بیماری:

سمت بیمار: راست چپ هر دو طرف

شغل:

شماره تماس:

تلفن همراه:

آزمون ساده شانه

به هر یک از سوالات زیر با "بلی" یا "خیر" پاسخ دهید

اگر شما معمولاً آن فعالیت ذکر شده را انجام نمی دهید، می توانید انجام دادن آن را تصور کنید. آیا شانه شما مانع از انجام این فعالیت خواهد

شد؟ اگر این فعالیت دردناک نیست یا ندرتاً باعث درد می شود پاسخ "بلی" را انتخاب نمائید ولی اگر در انجام این فعالیت در مولردی، اغلب

اوقات و یا همیشه شانه شما مشکل پیدا می کند، پاسخ "خیر" را انتخاب کنید.

- ۱- آیا شانه شما در زمانی که در حال استراحت کنار بدنتان قرار گرفته، راحت است؟
بلی خیر
- ۲- آیا شانه شما می گذارد راحت بخوابید؟
بلی خیر
- ۳- آیا می توانید دست خود را از پشت به استخوان کتف خود برسانید؟
بلی خیر
- ۴- آیا می توانید از پهلو دست خود را در پشت سرتان قرار دهید؟
بلی خیر
- ۵- آیا می توانید بدون آنکه آرنج خود را خم کنید، سکه ای بر روی طاقچه ای که همسطح با شانه شماست قرار دهید؟
بلی خیر
- ۶- آیا می توانید وزنه نیم کیلویی را بدون خم کردن آرنج تا سطح شانه بلند کنید؟
بلی خیر
- ۷- آیا می توانید وزنه چهار کیلویی را بدون خم کردن آرنج تا سطح شانه بلند کنید؟
بلی خیر
- ۸- آیا می توانید بار ۱۰ کیلوگرمی را با سمت مبتلا حمل کنید؟
بلی خیر
- ۹- آیا می توانید با دست مبتلا یک توپ کوچک را از پائین ۲۰ متر پرتاب نمائید؟
بلی خیر
- ۱۰- آیا می توانید با دست مبتلا یک توپ کوچک را از بالای سر به مسافت ۲۰ متری پرتاب نمائید؟
بلی خیر

○ بلی ○ خیر

۱۱- آیا می‌توانید با دست مبتلا پشت شانه مقابل را بشوئید؟

○ بلی ○ خیر

۱۲- آیا شانه شما اجازه کار تمام وقت در شغل‌تان را می‌دهد؟

ارزشیابی بیمار از خویش

چه مواردی باعث آسیب دیدگی شانه شما می‌شود؟

درد شما در کجای طیف زیر قرار دارد؟ (آن را علامت بزنید)

○ بی‌دردی کامل ○ درد خفیف ○ بعد از فعالیت غیر معمول ○ درد متوسط ○ درد شدید ○ ناتوانی کامل

آیا دچار درد شبانه شانه هستید؟ ○ بلی ○ خیر

آیا از داروهای مسکن ضد درد استفاده می‌کنید؟ ○ بلی ○ خیر

اسم دارو؟

چند تا قرص در روز؟

آیا احساس سفتی و محدودیت حرکتی در شانه دارید؟ ○ بلی ○ خیر

آیا در شانه خود احساس لقی و بی‌ثباتی دارید؟ ○ بلی ○ خیر

ورزش معمول شما چیست؟ (اگر ورزش می‌کنید)

سنگین‌ترین کاری که در محل کار یا خانه انجام می‌دهید چیست؟

لطفاً توانایی شانه خود را برای انجام فعالیت‌های زیر نمره دهید؟

(فعالیت طبیعی=۴ محدودیت اندک=۳ با مشکل=۲ فقط با کمک=۱ غیر قابل انجام دادن=۰)

۱- استفاده از جیب پشتی شلوار ۲- نظافت خود (توالت)..... ۳- شستن زیر بغل سمت مقابل.....

۴- غذا خوردن با قاشق ۵- شانه کردن موها ۶- استفاده از دستی که در سطح شانه‌ها باشد

۷- حمل بار ۵ تا ۷ کیلویی در کنار بدن ۸- لباس پوشیدن ۹- خوابیدن روی سمت مبتلا

۱۰- کشیدن ۱۱- استفاده از دست در بالای سر ۱۲- پرتاب کردن

۱۳- بلند کردن ۱۴- انجام دادن شغل معمول ۱۵- انجام ورزش معمول