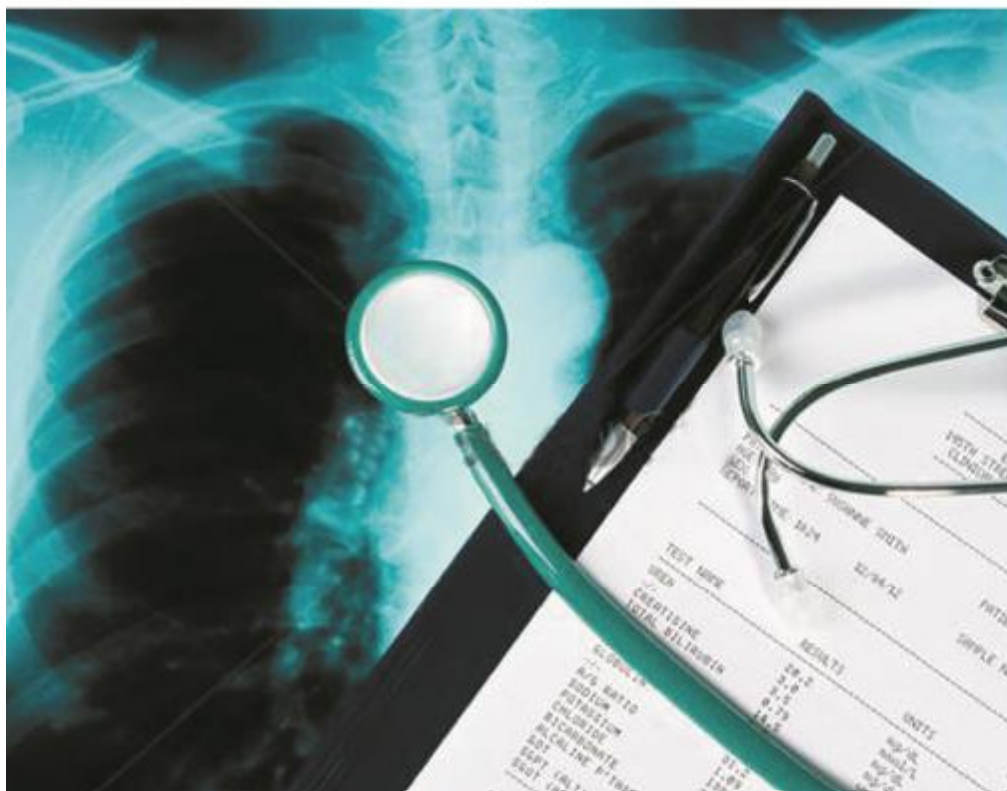




بررسی های لازم پیش از جراحی باریاتریک:
دفترچه مشاوره



بیمارستان مهرگان، طبقه دوم
تلفن های تماس :
۰۳۴۳۲۲۶۷۹۰۳
۰۳۴۳۲۲۲۰۲۱۰



مشاوره قلب و عروق

همکار محترم متخصص بیماری های قلب و عروق:

با سلام ، احتراماً بیمار خانم آقای _____ با BMI _____ کاندید انجام عمل جراحی چاقی (Bariatric Surgery) است. خواهشمندم ایشان را از نظر سیستم قلبی- عروقی بررسی نموده و نتایج حاصل را در فرم زیر مرقوم فرمایید.

با احترام
دکتر پیام نیکویان

1- آیا بیمار سابقه بیماری قلبی-عروقی داشته است؟

خیر بله (ذکر کنید)

2- نتایج ECG بیمار:

خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
دیگر آریتمی ها (نوع را مشخص کنید)	ST-T waves /possible ischemia	سایر (ذکر کنید)	نرمال	Atrial Fib	Sinus Tach
:RAE			:RVH		
:LAE			:LVH		

3- نتایج اکوکاردیوگرافی بیمار:

_____ :PAP
_____ :DF
_____ :LVEF %
_____ :LVMAS

4- آیا تست تشخیصی دیگری برای بیمار انجام شده است؟

خیر بله (ذکر کنید)

5- با توجه به نتیجه معاینات و تست های تشخیصی، آیا بیمار از نظر قلب-عروقی برای جراحی مناسب است؟

خیر (توضیح دهید) بله

مهر و امضاء پزشک:
تاریخ:

2-2- آیا در 12 ماه گذشته برای مشکلات عصبی-روانی دیگری تحت درمان بوده است؟ خیر بله

اگر بله

2-2-1- مشکل دیگری که در 12 ماه گذشته برای آن تحت درمان بوده است کدام است؟

خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
سایر ()	مشکلات خوردن	مشکلات خواب	مشکلات یادگیری	مشکلات اجتماعی	مشکلات خانوادگی

2-3- آیا اخیراً برای مشکلات عصبی-روانی با مشاور یا روانپزشک ملاقات داشته است؟ خیر بله

2-4- در 6 ماه گذشته هر چند وقت یک بار با مشاور یا روانپزشک ملاقات داشته است؟

هرگز یک تا 5 بار 6 تا 10 بار بیش از 10 بار

3- آیا تا کنون برای مشکلات عصبی-روانی دارو مصرف کرده است؟

خیر بله

برود به سوال 4

خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>
خود افسردگی (مانند Prozac, Zoloft, Paxil)	Major tranquilizers (i.e., Risperdal, Zyprexa)	Minor tranquilizers (i.e., Ativan, Xanax)	Mood stabilizers (i.e., Lithobid, Tegretol, Topamax)	آخری مصرف کرده	تا کنون مصرف کرده

4- آیا شما به عنوان روانپزشک یا روانشناس، سلامت روان بیمار را جهت جراحی بارباریک تایید می نمایید؟

خیر بله

4-1- اگر خیر علت را توضیح دهید:

امضاء:

تاریخ:



مشاوره اعصاب و روان

همکار محترم متخصص بیماری های اعصاب و روان :

با سلام ، احتراماً بیمار خانم/آقای _____ با BMI _____ کاندید انجام عمل جراحی چاقی (Bariatric Surgery) است. مبادرت به عمل جراحی چاقی موجب تغییرات اجتناب ناپذیری در شیوه زندگی ایشان خواهد شد خواهشمندم نامبرده را از نظر سلامت اعصاب و روان جهت بررسی وجود آمادگی انجام عمل جراحی فوق بررسی نموده و نتایج آن را در فرم زیر مرقوم فرمایید.

با احترام
دکتر پیام نیکویان

1- آیا بیمار تا کنون برای مشکلات عصبی روانی در بیمارستان بستری شده است؟ (شامل نیمه بستری تا بستری کامل)

خیر بله

1-1- تعداد کل بستری شدن به علت مشکلات عصبی روانی (شامل نیمه بستری تا بستری کامل)؟ _____ (اگر نه صفر را ذکر کنید)

1-2- تعداد بستری های نیمه شب در بیمارستان در 12 ماه گذشته؟ _____ (اگر نه صفر را ذکر کنید)

1-3- تعداد نیمه بستری شدن ها در 12 ماه گذشته؟ _____ (اگر نه صفر را ذکر کنید)

1-4- مشکلی که آخرین بار برای آن در بیمارستان بستری شده چه بوده است؟ برای هر یک بله یا خیر را علامت بزنید.

	بله	خیر	
اضطراب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشکلات خوردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1-5- آیا تا کنون برای مشکلات عصبی روانی که برای آن بستری شده است درمان دریافت کرده اید؟ خیر بله

اگر بله:

1-5-1- نوع بیماری که برای آن در 12 ماه گذشته در بیمارستان تحت درمان قرار گرفته را مشخص کنید.

	بله	خیر	
اضطراب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشکلات خوردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- به جز بیمارستان، آیا در 12 ماه گذشته توسط مشاور روان یا روانپزشک برای مشکلات عصبی روانی تحت درمان قرار گرفته است؟

خیر بله

2-1- آخرین مشکلی که به جهت آن توسط مشاور یا روانپزشک ویزیت شده است چه بوده است؟

	بله	خیر	
اضطراب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشکلات خوردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



مشاوره ریه و دستگاه تنفس

همکار محترم:

همکار محترم متخصص بیماری های ریه و دستگاه تنفس :

با سلام ، احتراماً بیمار خانم/آقای _____ با BMI _____ کاندید انجام عمل جراحی چاقی (Bariatric Surgery) است. خواهشمندم ایشان را از نظر سیستم تنفسی بررسی نموده و نتایج حاصل را در فرم زیر مرقوم فرمایید.

با احترام
دکتر پیام نیکویان

1- آیا بیمار سابقه بیماری تنفسی دارد؟

0- خیر 1- بله

خیر	بله	اگر بله	درمانهای انجام شده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	اسم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	آپنه خواب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	COPD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←	سینوزیت

2- نتایج blood gas وریدی یا شریانی بیمار:

PH: _____ (mmHg) _____ :O2 on room air temperature

CO2: _____ (mmHg) _____ :O2 on oxygen

SAO2: _____ %

3- نتایج (PFT) Pulmonary Function Test

FVC: _____ (liters) FEV1: _____ (liters)

% Capacity of diffusing: _____ %

4- آیا برای بیمار Polysomnogram انجام شده است؟

0- خیر 1- بله Apnea-Hypopnea Index (AHI) _____

5- اگر روش تشخیصی دیگری بکار رفته، نوع و نتیجه آن را ذکر کنید:

6- با توجه به نتیجه معاینات و تست های تشخیصی، آیا بیمار از نظر سیستم تنفسی برای جراحی مناسب است؟

0- بله 1- خیر (توضیح دهید):

مهر و امضاء پزشک:
تاریخ:



مشاوره گوارش و اندوسکوپی

همکار محترم متخصص بیماری های گوارش :
با سلام ، احتراماً بیمار خانم/آقای _____ با BMI _____ کاندید انجام عمل جراحی چاقی (Bariatric Surgery) است. خواهشمندم ایشان را از نظر سیستم گوارشی بررسی نموده و نتایج حاصل را در فرم زیر مرقوم فرمایید.

با احترام
دکتر پیام نیکویان

1- آیا بیمار سابقه بیماری گوارشی داشته است؟

خیر 1- بله (ذکر کنید): _____

2- آیا بیمار سابقه جراحی بر روی سیستم گوارشی داشته است؟

خیر 1- بله (ذکر کنید): _____

3- نتیجه بررسی گوارشی بیمار:

Upper GI series	بله	خیر	اندوسکوپی	بله	خیر
Para-esophageal Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barret's Esophagus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiatal Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiatal Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H- Pylori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ریفلاکس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

مهر و امضاء پزشک:
تاریخ:



مشاوره غدد درون ریز

همکار محترم متخصص بیماری های غدد درون ریز :
با سلام ، احتراماً بیمار خانم/آقای _____ با BMI _____ کاندید انجام عمل جراحی چاقی (Bariatric Surgery) است. خواهشمندم ایشان را از نظر سیستم غدد درون ریز بررسی نموده و نتایج حاصل را در فرم زیر مرقوم فرمایید.

با احترام
دکتر پیام نیکویان

1- آیا بیمار سابقه بیماری غدد درون ریز دارد؟

خیر بله:

وراثت کنونی	درمانهای انجام شده	اگر بله	بله	خیر
		←	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		←	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		←	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		←	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		←	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- بر اساس نتایج آزمایشات بیمار، تشخیص احتمالی بیماری های اندوکرین:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

3- با توجه به نتیجه معاینات و تست های تشخیصی، آیا بیمار از نظر سیستم اندوکرین برای جراحی مناسب است؟

خیر (توضیح دهید): _____

مهر و امضاء پزشک:
تاریخ:

کلینیک جاقی و هرنی کرمان

سایت : Drnicoyan.ir

تلگرام : @t.me/drnicoyan

نام و نام خانوادگی:	BMI
شماره پرونده:	تاریخ ورود اطلاعات:

همکاران محترم:

از این که قبول زحمت نموده و ما را در تصمیم گیری برای انجام جراحی باریاتریک در مورد این بیمار یاری می کنید، از شما سپاسگزاریم.

ما بنا داریم تا براساس جدیدترین دستورالعمل مراکز معتبر جراحی در دنیا، انجام جراحی باریاتریک را به روش چند رشته ای یا (multidisciplinary) انجام دهیم. برای رسیدن به این هدف، نیازمند مشاوره هایی در زمینه های زیرمی باشیم:

- 1- مشاوره گوارشی و آندوسکوپی
 - 2- سونوگرافی شکم
 - 3- مشاوره قلب
 - 4- مشاوره سیستم تنفسی
 - 5- مشاوره سیستم عصبی-روانی
 - 6- و مشاوره غدد درون ریز
- دانستن یک سری اطلاعات طبق فورمت خواسته شده، برای جمع آوری نظام مند داده ها برای گروه تحقیق ضروری است. از این رو خواهشمندیم علاوه بر معاینات روتین، اطلاعات خواسته شده را در فرم مربوطه طبق فورمت خواسته شده گزارش نمایید.

پیشاپیش از دقت و صبر و حوصله حضرتعالی در تکمیل این فرم ها سپاسگزاریم.

دکتر پیام نیکویان
سرپرست گروه تحقیقاتی بررسی آینده نگر
جراحی جاقی