

فرم بررسی درد پستان در زنان ۲۰ تا ۶۹ ساله مراجعه کننده به مرکز مراقبت زنان

نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ کد ملی: _____ شماره پرونده خانوار: _____

وضعیت تأهل: ☐ هرگز ازدواج نکرده ☐ همسر دارد ☐ جدا از همسر بدلیل: ☐ فوت ☐ طلاق ☐ شرایط شغلی ☐ بیماری ☐ سایر: _____

سن: سال قد: سانتیمتر وزن: کیلوگرم BMI: تاریخ مراجعه: _____

وضعیت قاعدگی: ☐ منظم ☐ نامنظم ☐ یائسه

نوع داروی مصرفی در حال حاضر: ☐ ضد بارداری ☐ قلبی ☐ ضد افسردگی ☐ هورمون ☐ سایر: _____

شدت درد*: ☐ خفیف ☐ متوسط ☐ شدید ☐ مراجعه به علت نگرانی از سرطان

کیفیت درد: ☐ دوره ای ☐ غیر دوره ای

علت درد غیر دوره ای: ☐ ارتروز گردن ☐ اسپاسم عضلات ☐ اسکار جراحی قبلی ☐ سابقه ضربه

☐ بیماری قلبی شامل پرولاپس میترال ☐ بیماری ریوی و سرفه مزمن ☐ درد غضروف دنده ای ☐ هیدرادنیت

☐ درد ناشی از بزرگی و سنگینی پستان ☐ لباس نامناسب و تنگ ☐ مصرف هورمون ها ☐ داکت اکتازی

☐ کارسینوم التهابی پستان ☐ بارداری ☐ گاستریت و سنگ کیسه صفرا ☐ زونا ☐ ماستیت

علائم همراه: ☐ ندارد ☐ توده ☐ تورم پوستی ☐ ترشح از نوک پستان ☐ ادنوپاتی زیر بغل ☐ سایر: _____

توصیه های درمانی سطح اول: رژیم غذایی مناسب ☐ لباس مناسب و غیر تنگ ☐ مصرف محدود چربی و نمک ☐ ورزش روزانه

سطح دوم: مسکن معمولی در زمان درد

سطح سوم: ویتامین E ☐ فلوکستین ☐ EPO ☐ امگا ۳

سطح چهارم: تاموکسی فن ☐ دانازول ☐ برموکریپتین

جدول مراجعات پیگیری:

تاریخ مراجعه بعدی	انجام توصیه های قبلی (انجام شده/انجام نشده)	شدت درد (بدون تغییر، بهتر شده، بهبود یافته)	نیاز به ارجاع (دارد/ندارد)	محل ارجاع	نتیجه ارجاع

*درد خفیف نیاز به مصرف دارو ندارد و تنها هشدار دهنده است. درد متوسط بیمار ترجیح میدهد حداقل دوره ای دارو مصرف کند. درد شدید مانع از فعالیت های روزمره شده و حتماً نیاز به درمان دارد.

