

مبانی تبحر بالینی

گروه آموزشی بیتز استفاده از این منابع مکمل را جهت تقویت آموزش و تسهیل فهم بیشتر این فصل پیشنهاد می‌کند:

■ راهنمای جیبی بیتز در زمینه معاینه بالینی و شرح حال‌گیری، چاپ هشتم

■ راهنمای تصویری بیتز در زمینه معاینه بالینی (تمام مجلدات)

■ منابع اینترنتی به‌روز برای استفاده دانشجویان و اساتید به آدرس [http: thepoint.lww.com](http://thepoint.lww.com)



شکل ۱-۱. اهمیت برقراری رابطه

تکنیک‌های معاینه فیزیکی و اخذ شرح حالی که شما قصد فراگیری آن را دارید متضمن مهارت‌های مراقبتی و درمانی بیماران هستند. اخذ یک شرح حال دقیق و دلسوزانه و انجام یک معاینه صحیح و کامل به ارتباط شما با بیماران عمق بخشیده، ارزیابی شما را متمرکز کرده و جهت‌گیری تفکر بالینی‌تان را معین می‌کند (شکل ۱-۱). کیفیت شرح حال و معاینه فیزیکی شما تعیین‌کننده اقدامات بعدی در ارزیابی بیمار بوده و شما را در انتخاب آزمایشات و بررسی‌های بیشتر یاری می‌رساند. هنگامی که شما در جایگاه یک پزشک مجرب قرار گرفتید همواره در جهت ارتقاء این مهارت‌های ارتباطی و بالینی مهم حرکت خواهید کرد.



شکل ۱-۲. انجام حرفه‌ای معاینه بالینی

شما با ورود به حوزه ارزیابی بیمار، شروع به هماهنگ کردن اجزاء اصلی مراقبت بالینی با هم می‌نمایید که عبارتند از: گوش دادن همدلانه، توانایی مصاحبه با بیمارانی در سنین مختلف، با خلق و خوی متفاوت و دارای زمینه‌های قبلی گوناگون، تکنیک‌های معاینه سیستم‌های مختلف بدن، شدت‌های مختلف بیماری و نهایتاً روند تفکر بالینی که شما را به سمت تشخیص و درمان مناسب هدایت می‌کند. تجربه شما به تدریج در معاینه فیزیکی و شرح حال گرفتن افزایش یافته و سبب شکل‌گیری روند تفکر بالینی در شما از اولین لحظه تماس با بیمار می‌شود: شناسایی علایم و یافته‌های غیرطبیعی، مرتبط کردن یافته‌ها با پایوفیزیولوژی یا سایکوپاتولوژی زمینه‌ای و طرح و آزمون فرضیات توضیح‌دهنده مشکلات بیمار. با اقدام به انجام این مراحل تصویری چندجانبه از بیمار در مقابل شما آشکار خواهد شد. به گونه‌ای کاملاً متناقض، مهارت‌هایی که شما را قادر می‌سازد تا تمام بیماران را ارزیابی کنید شکل‌دهنده تصویری منحصر به فرد از انسانی است که به اقدامات شما دل سپرده است. معاینه بالینی چیزی فراتر از جمع‌آوری اطلاعات و طرح فرضیات توجیه‌کننده علائم و ارزیابی آنهاست. بلکه فرآیندی حیاتی در شکل‌گیری رابطه پزشک و بیمار بوده و نقطه آغازین، شرکت در امر درمان و روند بهبودی است (شکل ۱-۲).

این فصل از کتاب که در این چاپ مورد بازبینی قرار گرفته است راهنمایی جهت تبحر بالینی در چهار حوزه اساسی است: شرح حال وضعیت سلامتی و معاینه فیزیکی، استدلال بالینی، ارزیابی و طرح درمان و ثبت مناسب اطلاعات بالینی. در این فصل اجزاء اصلی یک شرح حال و روش سازماندهی شکایات بیمار توضیح داده می‌شود. همچنین خلاصه‌ای از معاینه‌ای بالینی به صورتی که راحتی بیمار را فراهم کند ارائه شده و توضیح مختصری از تکنیک‌های مورد نیاز در هر بخش معاینه فیزیکی، از ارزیابی عمومی گرفته تا معاینه سیستم عصبی ارائه شده است. این فصل در این چاپ از کتاب همچنین دربرگیرنده مباحث استدلال ارزیابی و طرح درمان و ثبت مناسب اطلاعات بالینی است. فصل ۲ تحت عنوان ارزیابی شواهد بالینی، ارائه‌دهنده ابزاری تحلیلی جهت ارزیابی تست‌ها، دستورالعمل‌ها و مقالات بالینی است که بهترین شیوه انجام اقدامات پزشکی و آموزش مستمر بالینی را تضمین می‌کند. فصل سوم تحت عنوان مصاحبه و شرح حال وضعیت سلامتی، مکمل فصول اولیه بوده و شما را جهت انجام معاینه بالینی آماده می‌سازد. در فصول ۴ تا ۱۷، تکنیک‌های معاینه بالینی را خواهید آموخت.

در هر فصل لیستی از ارجاعات به تحقیقات پزشکی و منابع مطالعاتی بیشتر ارائه شده که شما را قادر می‌سازد تا دانش خود را در آن موضوع افزایش دهید. در آغاز فصل چهار، بخش‌های مربوط به ارتقاء و مشاوره درباره وضعیت سلامتی: شواهد و توصیه‌ها، راهکارهای به‌روز شده‌ای را جهت مراقبت‌های پیشگیری ارائه می‌کنند.

فصول راهنمای معاینه بالینی و شرح حال‌گیری بیتز به ترتیب زیر ارائه می‌شوند:

■ فصل ۲ (ارزیابی شواهد بالینی) مباحث زیر را مورد بحث قرار می‌دهد: شرح حال‌گیری و معاینه به‌عنوان یک ابزار تشخیصی، ارزیاب پایایی و تکرارپذیری تست‌های تشخیصی، ارتقاء سلامت، ارزیابی اساسی تحقیقات بالینی و کربتریای رتبه‌بندی دستورالعمل‌های بالینی.

■ فصل ۳ (مصاحبه و شرح حال وضعیت سلامتی) به توصیف مهارت‌های ضروری، متعدد و اغلب پیچیده ایجاد رابطه با بیمار و تشویق و تحریک وی جهت ابراز مشکلاتش می‌پردازد. این فصل به تکنیک‌های پایه و پیشرفته مصاحبه، رویکرد به بیماران دشوار و نیز صلاحیت فرهنگی و اصول حرفه پزشکی می‌پردازد.

■ فصول ۴ تا ۱۷ که فصول مربوط به معاینه نواحی مختلف بدن هستند جزئیات مربوط به آناتومی و فیزیولوژی، شرح حال وضعیت سلامتی، راهکارهای ارتقاء و مشاوره درباره وضعیت سلامتی، تکنیک‌های معاینه و مثال‌هایی از ثبت اطلاعات به همراه جدولی جهت مقایسه علائم و یافته‌های شایع معاینه بالینی و ارجاعات مربوط به آن در مقالات مطرح شده‌اند.

■ در فصول ۱۸ تا ۲۰، تطبیق اجزاء اصلی شرح حال و معاینه فیزیکی بالغین با گروه‌های خاص صورت گرفته است که عبارتند از: شیرخواران، کودکان و نوجوانان، زنان حامله و سالمندان.

شما با کسب تدریجی مهارت‌های معاینه بالینی و شرح حال‌گیری، به سمت ارزیابی فعال بیمار سوق داده شده که این روند در ادامه با افزایش تجربه و اعتمادبه‌نفس و نهایتاً

تعیین میزان ارزیابی

با پیشرفت در کسب مهارت در اخذ شرح حال و انجام معاینه فیزیکی این سوالات برای فرد مطرح می‌شود که «به چه میزان باید اقدامات فوق را انجام دهم؟» و این که «آیا ارزیابی من باید جامع باشد یا متمرکز؟». در مواردی که شما برای اولین بار بیماری را در مطب یا در بیمارستان ویزیت می‌کنید معمولاً ترجیح می‌دهید که یک ارزیابی جامع انجام دهید که شامل تمام اجزاء شرح حال و معاینه فیزیکی کامل می‌شود. علی‌رغم این مطلب، در بسیاری از موارد یک ارزیابی هدفمند یا مبتنی بر شکایت بیمار مناسب می‌باشد، به ویژه در مورد بیمارانی که شما آنها را به خوبی شناخته و جهت مراقبت روتین به مطب مراجعه کرده‌اند یا در مورد بیمارانی با ملاحظات درمانی فوری و خاص مثل گلودرد یا درد زانو. شما میزان شرح حال‌گیری و معاینه فیزیکی را با موقعیت پیش آمده با ملاحظه چند عامل تنظیم می‌نمایید: میزان و شدت مشکلات بیمار، نیاز به جامع‌نگری، وضعیت بالینی - بستری یا سرپایی، مراقبت اولیه یا فوق تخصصی و زمان مورد نیاز. تسلط بر تمام ارکان یک ارزیابی جامع به شما امکان انتخاب اجزایی را می‌دهد که با شکایات بیمار بیشترین ارتباط را داشته و در عین حال از ضوابط بالینی بهترین اقدام و دقیق‌ترین تشخیص تبعیت می‌نماید.

معاینه بالینی و شرح حال: جامع یا هدفمند

ارزیابی هدفمند	ارزیابی جامع
جهت بیماران شناخته شده خصوصاً در ویزیت‌های روتین یا اورژانس مناسب است.	جهت بیماران جدید در مطب یا بیمارستان مناسب است.
در پی شکایات یا علایم هدفمند می‌باشد.	درک جامع و در عین حال شخصی از بیمار را فراهم می‌آورد.
علایم مربوط به یک سیستم خاص بدن را ارزیابی می‌کند.	ارتباط بیمار با پزشک را مستحکم می‌سازد.
در ارزیابی شکایات و مشکلات بیمار از روش‌های معاینه‌ای استفاده می‌کند که تا حد امکان دقیق و محتاطانه هستند.	به شناسایی یا رد علل فیزیکی مشکلات بیمار کمک می‌کند.
	مبنایی برای ارزیابی‌های آینده است.
	فرصتی برای ارتقاء سلامت از طریق آموزش و مشاوره است.
	سبب تبحر در مهارت‌های پایه معاینه فیزیکی می‌شود.

همان گونه که ملاحظه می کنید ارزیابی جامع چیزی بیشتر از ارزیابی سیستم‌های بدن را شامل می‌شود. این شیوه ارزیابی منشاء آگاهی کامل و در عین حال شخصی از بیمار بوده که موجب تقویت رابطه پزشک-بیمار می‌شود. اغلب افرادی که در جستجوی مراقبت‌های شما هستند نگرانی‌ها یا علائم ویژه‌ای دارند. ارزیابی جامع مبنای کامل تری جهت بررسی این نگرانی‌ها و پاسخ به سوالات بیمار فراهم می‌کند.

در ارزیابی هدفمند، روش‌های مربوط به ارزیابی کامل یک مشکل خاص انتخاب می‌شوند. علائم بیمار، سن، شرح حال بیماری و نیز میزان آگاهی شما از الگوی بیماری‌ها در تعیین میزان ارزیابی هدفمند کمک‌کننده می‌باشد. به عنوان مثال در تمام مبتلایان به گلودرد نیاز به این تصمیم‌گیری وجود دارد که کدام بیمار مبتلا به مونونوکلئوز عفونی بوده و لمس محتاطانه کبد و طحال را ایجاب می‌کند و در مقابل، این که کدام بیمار مبتلا به سرماخوردگی بوده و نیاز به انجام معاینه هدفمند سر، گردن و ریه‌ها دارد. منطق بالینی گرفتن چنین تصمیماتی در ادامه این فصل مورد بحث قرار می‌گیرد.

در مورد معاینات بالینی روتین چک آپ یا دوره‌ای وضع چگونه است؟ مطالعات متعددی، سودمندی استفاده از ارزیابی جامع با هدف غربالگری و پیشگیری از بیماری را نسبت به ارزیابی علائم مورد بررسی دقیق قرار داده‌اند که در حال حاضر به اتفاق نظر عمومی مشخصی منتهی نشده است. شواهد روزافزونی بر استفاده از قسمت‌های مختلف معاینه بالینی، نقش حیاتی آن در تصمیم‌گیری و ظرفیت آن در کاستن از هزینه‌ها از طریق کاهش تست‌های تشخیصی تأکید دارند. یافته‌های حاصله اهمیت تکنیک‌های معاینه‌ای زیر را نشان داده‌اند: اندازه‌گیری فشار خون، ارزیابی فشار ورید مرکزی با مشاهده نبض ورید ژرگولر، سمع قلب جهت یافتن بیماری‌های دریچه‌ای، یافتن بزرگی طحال و کبد و معاینه لگن به همراه انجام پاپ اسمیر. گروه‌های مختلف متخصصان و مجامع صلاحیت‌دار گوناگون، توصیه‌های مربوط به انجام معاینات و روش‌های غربالگری را بسط و توسعه بیشتری داده‌اند که در فصول مربوط به معاینه قسمت‌های مختلف بدن‌ها پرداخته خواهد شد.

در مورد شواهد جدید درباره معاینه بالینی و ارتباط آن با تست‌های تشخیصی پیشرفته وضع چگونه است؟ مطالعات جدید، یافته‌های معاینه بالینی را به تنهایی به عنوان تست‌های تشخیصی در نظر گرفته و تلاش در جهت اعتباربخشی ارزش این یافته‌ها را آغاز کرده‌اند و در این میان با استفاده از ابزارهای مبتنی بر شواهد (با توضیحات ارائه شده در فصل ۲، تحت عنوان ارزیابی شواهد بالینی) و قانون بایس (Bayes)، ویژگی‌های خاص این تست‌ها را شناسایی می‌کنند. با گذشت زمان، و به ویژه با بهبود مهارت‌های عمومی و شناخت بهترین روش‌های آموزشی تکنیک‌های معاینه فیزیکی، انتظار می‌رود «معاینه بالینی منطقی» سبب بهبود روند تصمیم‌گیری تشخیصی شود. در این میان معاینه بالینی، ارزش‌های نامحسوس صرف زمان بیشتر جهت ارتباط با بیمار، برقراری یک ارتباط درمانی منحصر به فرد، ارائه تشخیص‌های دقیق‌تر و ارزیابی و طرح‌های درمانی مناسب‌تر را آشکار می‌سازد.

یافته‌های عینی در مقابل یافته‌های ذهنی

در خلال یادگیری تکنیک‌های اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی، تفاوت‌های میان یافته‌های عینی و یافته‌های ذهنی را در خاطر داشته باشید. این تفاوت‌ها به طور خلاصه در جدول زیر آورده شده است. علائم زمانی ذهنی تلقی می‌شوند که حاصل آنچه بیمار به شما می‌گوید باشند. نشانه‌هایی که شما خود مشاهده می‌کنید اطلاعات عینی هستند. اطلاع از این تفاوت‌ها به شما در جمع‌بندی اطلاعات حاصله از بیمار یاری می‌رساند. توجه به این تمایزات در ارایه شفاهی یا ثبت کتبی یافته‌های بیمار به شکلی قابل فهم و منطقی از اهمیت یکسانی برخوردار است.

تفاوت‌های میان یافته‌های عینی و ذهنی

یافته‌های عینی

یافته‌های ذهنی

آنچه شما در حین معاینه از بیمار به دست می‌آورید، نتایج آزمایشات و اطلاعات مربوط به تست‌ها	چیزی که بیمار به شما می‌گوید
تمام یافته‌های معاینه فیزیکی یا نشانه‌ها	شرح حال اعم از شکایت اصلی تا مرور سیستم‌ها
مثال: خانم ج. خانم سفیدپوست، چاق و مسن بوده که خوشحال و در معاینه همکاری لازم را دارد. قد ۴' ۵"، وزن ۱۵۰ پوند، BMI: ۲۶، فشارخون: ۱۶۰/۸۰، HR: ۹۶ و منظم، ریت تنفس: ۲۴، دما: ۹۷/۵°f	مثال: خانم ج یک آرایشگر ۵۴ ساله بوده که از فشار بر روی سمت چپ قفسه سینه شکایت دارد (شبيه این که یک فیل در آن محل نشسته است) و درد به سمت چپ گردن و بازو انتشار دارد.

شرح حال جامع در بزرگسالان

در مورد شرح حال و معاینه جامع شیرخواران، کودکان و نوجوانان به فصل ۱۸ مراجعه کنید، ارزیابی کودکان: از شیرخوارگی تا نوجوانی.

اجزاء شرح حال جامع بزرگسالان

- ذکر مشخصات بیمار و منبع اخذ شرح حال و قابلیت اعتماد به آن
- شکایت یا شکایات اصلی
- بیماری فعلی
- سابقه قبلی بیماری‌ها
- سابقه خانوادگی
- شرح حال اجتماعی و شخصی
- مرور سیستم‌ها

همان‌گونه که در فصل ۳ (مصاحبه و شرح حال وضعیت سلامتی) خواهید آموخت، هنگامی که با بیمار وارد گفتگو می‌شوید شرح حال وضعیت سلامتی به ندرت از ترتیب ذکر شده تبعیت می‌کند. مصاحبه حالت روان‌تری دارد. شما با دنبال کردن دقیق اشارات بیمار، وی را به ارزیابی توضیح بیشتر در مورد بیماری‌اش تشویق کرده، حس همدلی را به وجود آورده و رابطه را تقویت می‌کنید. شما به سرعت می‌آموزید که چگونه بخش‌های مختلف شرح حال بیمار را در حین ارزیابی شفاهی یافته‌های وی یا ثبت آن در پرونده در قالب رسمی‌تری قرار دهید. در واقع شما با زبان و شرح حال بیمار و قرار دادن آن در قالب شناخته شده شرح حال وضعیت سلامتی، سبب آشنایی و آگاهی تمام اعضای تیم درمان با مشکلات بیمار می‌شوید. این فرآیند بازسازی دوباره، تفکر بالینی شما را ساماندهی کرده و شالوده تجارب بالینی بیشتر شما را در آینده پی‌ریزی می‌کند.

هنگام آغاز سفر بالینی خود، اجزاء شرح حال در بزرگسالان را مرور کرده و سپس جزییات بیشتری را که در ادامه آن ذکر شده مطالعه نمایید.

خلاصه: اجزاء شرح حال در بزرگسالان

<p>ذکر مشخصات - مثل سن، جنس، شغل و وضعیت تأهل بیمار</p> <p>منبع شرح حال - معمولاً خود بیمار، اما گاهی می‌تواند عضوی از خانواده وی، یک دوست، نامه ارجاع یا پرونده پزشکی باشد.</p> <p>در صورت امکان ذکر منبع ارجاع، چون ممکن است یک گزارش کتبی لازم شود</p> <p>براساس حافظه، اعتماد و خلق بیمار تفاوت می‌کند.</p> <p>یک یا چند علامت یا نگرانی که سبب می‌شود بیمار به دنبال درمان باشد.</p> <p>برجسته کردن شکایت اصلی: توصیف نحوه شکل‌گیری هر علامت</p> <p>ذکر افکار و احساسات بیمار درباره بیماری</p> <p>ذکر قسمت‌های مربوطه از مرور سیستم‌ها که تحت عنوان «نکات مثبت و منفی مرتبط»</p> <p>ممکن است شامل داورهای مصرفی، آلرژی‌ها و عادات مصرف سیگار و الکل شود که اغلب با بیماری فعلی مرتبط می‌باشد.</p> <p>لیست بیماری‌های کودکی</p> <p>لیست بیماری‌های بزرگسالی با ذکر تاریخ حداقل در چهار گروه بیماری‌های داخلی، جراحی، بیماری‌های زنان و زایمان و بیماری‌های روانپزشکی</p> <p>شامل اقدامات حفظ سلامتی مثل ایمن‌سازی، تست‌های غربالگری، شیوه زندگی و ایمنی در منزل می‌شود.</p> <p>ذکر سن و وضعیت سلامتی یا سن و علت فوت برادران یا خواهران، والدین و پدربزرگ و مادر بزرگ (ادامه دارد)</p>	<p>ذکر مشخصات</p> <p>بیمار</p> <p>قابلیت اعتماد</p> <p>شکایت‌های اصلی</p> <p>بیماری فعلی</p> <p>سابقه قبلی</p> <p>بیماری‌ها</p> <p>سابقه خانوادگی</p>
---	---

خلاصه: اجزاء شرح حال در بزرگسالان (ادامه)

سابقه خانوادگی	ثبت وجود یا عدم وجود بیماری‌های خاص در خانواده مثل
(ادامه)	فشارخون، دیابت یا نوع خاصی از سرطان
شرح حال اجتماعی	توصیف میزان تحصیلات، خاستگاه خانواده، خانوار فعلی، علایق
و شخصی	شخصی و شیوه زندگی
مرور سیستم‌ها	ذکر وجود یا عدم وجود علایم عمومی مرتبط با هر کدام از
	سیستم‌های اصلی بدن

شرح حال جامع بزرگسالان - توضیحات کامل‌تر

اطلاعات اولیه

تاریخ و زمان اخذ شرح حال: تاریخ همواره مهم است. اطمینان حاصل کنید که زمان ارزیابی بیمار را قید کنید، به ویژه در شرایط حاد، اورژانس یا بیمارستانی.

ذکر مشخصات بیمار: شامل سن، جنس، وضعیت تاهل و شغل بیمار می‌شود. منبع شرح حال یا ارجاع بیمار می‌تواند خود بیمار، یک عضو خانواده وی، یک دوست، یک مامور، مشاور یا پرونده پزشکی باشد. اشاره به منبع ارجاع بیمار شما را در ارزیابی نوع اطلاعات واصله و طرح پرسش‌های لازم در زمان ارزیابی بیمار و نوشتن پاسخ یاری می‌رساند.

قابلیت اعتماد: در صورت ارتباط با شرح حال این مورد را ذکر نمایید. این قضاوت، کیفیت اطلاعات به دست آمده از بیمار را مشخص نموده و معمولاً در پایان شرح حال شکل می‌گیرد. به عنوان مثال: «شرح بیمار از علایم مبهم بوده و جزئیات گیج‌کننده است.» یا «بیمار شرح حال قابل اعتمادی دارد.»

شکایت(های) اصلی: سعی کنید که از کلمات خود بیمار استفاده کنید. به عنوان مثال: «معدم درد می‌کند و احساس ناراحتی دارم.» گاهی بیمار هیچ شکایت خاصی ندارد و به جای آن نیت خود را بیان می‌کند. به عنوان نمونه: «من برای انجام چکاب منظم مراجعه کرده‌ام» یا «من جهت انجام یک بررسی کامل قلبی بستری شده‌ام.»

بیماری فعلی: این بخش از شرح حال شامل ذکر کامل، شفاف و زمان‌بندی شده مشکلاتی می‌شود که سبب شده‌اند بیمار در پی درمان آنها برآید. توصیف آنها باید به صورت زمان آغاز مشکل، زمینه شکل‌گیری آن، تظاهرات آن و هرگونه درمان انجام شده باشد.

- ویژگی‌های هر علامت اصلی باید به خوبی با ذکر موارد زیر توصیف شود: ۱- محل
- ۲- کیفیت ۳- کمیت یا شدت ۴- زمان، که شامل آغاز دوره و میزان تکرار آن می‌شود

به فصل سوم، مصاحبه و شرح حال وضعیت سلامتی درباره هفت خصوصیت مربوط به هر علامت رجوع کنید.

۵- زمینه‌ای که در آن بیماری به وجود آمده است. ۶- عوامل تشدیدکننده یا تسکین‌دهنده علایم ۷- تظاهرات همراه. ذکر «نکات مثبت» و «نکات منفی» مرتبط با شکایت اصلی از بخش مرور سیستم‌ها در این بخش اهمیت دارد. این موارد نشان‌دهنده وجود یا عدم وجود علایم مرتبط با تشخیص‌های افتراقی بوده که در رسیدن به محتمل‌ترین تشخیص‌های مطرح در مورد بیمار کمک‌کننده است.

■ غالباً سایر اطلاعات نیز مرتبطند مثل عوامل خطر بیماری‌های عروق کرونر در بیماران مبتلا به درد سینه، یا داروهای مصرفی فعلی در بیماران مبتلا به سنکوپ.

■ بخش «بیماری فعلی» باید نشان‌دهنده پاسخ بیمار به علایم‌اش و تاثیر بیماری بر زندگی وی باشد. همواره به یاد داشته باشید که «اطلاعات به شکل خودبخودی و بی‌اختیار از سمت بیمار به شما ارایه می‌شود، این وظیفه شماست که آنها را به صورت شفاهی و کتبی سامان دهید.»

■ بیماران اغلب بیش از یک علامت یا نگرانی دارند. هر علامت نیاز به توصیف کامل در یک پاراگراف جداگانه دارد.

■ داروهای مصرفی باید قید شوند که شامل دوز، نام، روش استفاده و میزان مصرف می‌شود. همچنین درمان‌های خانگی، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها، مکمل‌های گیاهی و مصرفی، قرص‌های ضدبارداری و داروهای تجویز شده توسط دوستان یا اعضای خانواده باید ذکر شوند. از بیمار درخواست کنید که تمام داروهای مصرفی خود را بیاورد تا دقیقاً اطمینان حاصل کنید بیمار چه چیزی را استفاده می‌کند.

■ آلرژی‌ها که شامل واکنش‌های خاص به هرگونه دارو مثل راش یا تهوع می‌شود باید ثبت شوند. همچنین آلرژی به غذاها، نیش حشرات یا عوامل محیطی باید قید شوند.

■ به مصرف تنباکو و نوع آن توجه کنید. مصرف سیگار غالباً به صورت بسته-سال گزارش می‌شوند. (فردی که ۱/۵ بسته سیگار در مدت ۱۲ سال استفاده می‌کند میزان مصرف وی ۱۸ بسته سال خواهد بود). اگر فرد مصرف سیگار را ترک کرده باید مدت ترک سیگار قید شود.

■ همواره باید در مورد مصرف الکل و مواد مخدر پرسش شود. و این موارد اغلب مربوط به بخش بیماری فعلی می‌شود.

در مورد سوالات پیشنهادی درباره الکل و سوء مصرف مواد به فصل سوم، مصاحبه و شرح حال وضعیت سلامتی مراجعه کنید.

سوابق بیماری قبلی

■ بیماری‌های دوره کودکی مثل سرخک، سرخجه، اوریون، سیاه‌سرفه، آبله مرغان، تب روماتیسمی، مخملک و فلج اطفال در این بخش باید ذکر شوند. همچنین به هرگونه بیماری مزمن دوره کودکی نیز باید اشاره شود.

■ در مورد بیماری‌های مرتبط با بزرگسالی در چهار حوزه زیر اطلاعاتی را کسب کنید:

■ بیماری‌های داخلی: بیماری‌های نظیر دیابت، فشارخون، هیپاتیت، آسم و ایدز. بستری‌های قبلی در بیمارستان، تعداد و جنسیت شرکای جنسی فرد و رفتارهای پرخطر جنسی.

■ بیماری‌های جراحی: زمان، اندیکاسیون‌ها و نوع عمل‌های انجام شده.

بیماری‌های زنان و زایمان: شرح حال زایمان، قاعدگی، روش‌های جلوگیری از حاملگی و عملکرد جنسی.

بیماری‌های روانپزشکی: بیماری و الگوی زمانی آن، تشخیص آن، بستری‌های قبلی در بیمارستان و درمان‌های انجام شده

اقدامات مربوط به حفظ سلامت: به اقدامات خاصی که در جهت حفظ سلامتی انجام می‌شود به ویژه ایمن‌سازی‌ها و تست‌های غربالگری اشاره کنید. در بخش ایمن‌سازی مشخص کنید که آیا بیمار واکسیناسیونی در مورد کزاز، سیاه سرفه، دیفتتری، فلج اطفال، سرخک، سرخجه، اوریون، آنفلوآنزا، واریسلا، هپاتیت ب، هموفیلوس، آنفلوآنزای تیپ B، پنوموکوک و هرپس زوستر دریافت کرده است. در قسمت تست‌های غربالگری درباره انجام تست‌های سل، پاپ اسمیر، ماموگرام، تست خون مخفی در مدفوع، کولونوسکوپی و تست‌های کلسترول و نتایج آن و آخرین زمان انجام آنها پرسش کنید. در صورتی که بیمار اطلاعاتی از موارد فوق ندارد ممکن است جهت کسب سوابق پزشکی قبلی وی مجوز کتبی موردنیاز باشد.

سوابق خانوادگی: در این بخش، سن و وضعیت سلامتی یا سن و علت فوت هر کدام از بستگان درجه اول شامل والدین، پدر یا مادر بزرگ‌ها، خواهر یا برادرها، فرزندان و نوه‌ها را مشخص کنید. هر کدام از بیماری‌های زیر را مرور کرده و قید نمایید که آیا در خانواده وجود دارند یا خیر: فشارخون، بیماری عروق کرونر، سطوح بالای کلسترول، سکته مغزی، دیابت، بیماری تیروئید یا کلیوی، آرتریت، سل، آسم یا بیماری ریوی، سردرد، بیماری روانی، تشنج، خودکشی، سوءمصرف مواد و آلرژی‌ها و نیز علایم ذکر شده توسط بیمار، درباره سرطان پستان، تخمدان، کولون یا پروستات و هرگونه اختلال ژنتیکی پرسش نمایید.

سوابق اجتماعی و شخصی: در این بخش اطلاعات مربوط به شخصیت و علایق بیمار، منابع حمایت وی، شیوه‌های تطابق با زندگی، توانایی‌ها و ترس‌ها ثبت می‌شوند. همچنین شغل و آخرین سال تحصیلی، محل زندگی و سایر موارد مهم، منشاء استرس‌ها (هم‌اکنون و هم‌درآمدت)، تجارب مهم زندگی مثل خدمت سربازی، سابقه شغلی، موقعیت مالی و بازنشستگی، فعالیت‌های تفریحی، تعلقات مذهبی و عقاید معنوی و فعالیت‌های روزمره زندگی نیز باید قید شوند. میزان فعالیت پایه فرد خصوصاً در مورد سالمندان و افراد ناتوان با اهمیت است. در بخش سوابق شخصی و اجتماعی، عادات زندگی که سبب ارتقاء سلامت یا به مخاطره افتاده آن می‌شوند نظیر تغذیه و ورزش (شامل میزان ورزش، غذای روزانه مصرفی، رژیم‌ها یا مکمل‌های تغذیه‌ای و استفاده از قهوه، چای و سایر نوشیدنی‌های کافئینی) و اقدامات ایمنی نظیر استفاده از کمربند ایمنی، کلاه دوچرخه‌سواری، آفتاب‌گیر، آشکارسازهای دود سیگار و سایر وسایل مربوط به مخاطرات خاص ذکر می‌شوند. در مورد تمایلات و رفتارهای جنسی و هرگونه اقدام مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی پرسش کنید. شرح حال اجتماعی و شخصی بیمار را محدود به مصرف سیگار، دارو یا الکل نکنید. یک شرح حال شخصی و اجتماعی جامع‌تر ارتباط شما با بیمار را تقویت کرده و سبب تحکیم رابطه می‌شود.

در مورد ارزیابی معمول فعالیت‌های روزمره در افراد مسن به فصل سالمندان رجوع کنید.