

Subjektif Periferal Nöropati Tarama Anketi

Dosya no _____

Bacak ve ayaklarınızda aşağıdaki belirtilerden hangi/hangileri mevcuttur. Evet veya hayır olarak cevap veriniz.

1. Bacak ve/veya ayaklarınızda uyuşukluk hissi var mı? ☐ Evet ☒ Hayır
2. Bacak ve/veya ayaklarınızda yanma hissi var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
3. Ayaklarınızda dokunmaya hassasiyet var mı? ☐ Evet ☒ Hayır
4. Bacak ve/veya ayaklarınızda kas krampları var mı? ☐ Evet ☒ Hayır
5. Bacak ve/veya ayaklarınızda karıncalanma, uyuşma hissi var mı? ☒ Evet ☐ Hayır
6. Ağrılarınız gece mi ya da derinize örtü değdiğinde oluyor mu? ☐ Evet ☒ Hayır
7. Banyoda ayaklarınız sıcak ve soğuk suyu ayırt etmede zorlanıyor mu? ☐ Evet ☒ Hayır
8. Bacak ve/veya ayaklarınızda şimdiye kadar bıçak gibi ateş edilmiş gibi keskin ağrı hissettiniz mi? ☐ Evet ☒ Hayır
9. Bacak ve/veya ayaklarınızda uykusuz bırakacak duyu kaybı hissettiniz mi? ☐ Evet ☒ Hayır
10. Yürürken zayıf hissediyor musunuz? ☒ Evet ☐ Hayır
11. Şikayetleriniz gece kötüleşiyor mu? ☐ Evet ☒ Hayır
12. Bacak ve/veya ayaklarınız yürürken ağrıyor mu? ☒ Evet ☐ Hayır
13. Yürürken ayaklarınızda hissizlik oluyor mu? ☐ Evet ☒ Hayır
14. Ayaklarındaki deride çatlama olacak kadar kuruma oluyor mu? ☒ Evet ☐ Hayır
15. Bacak ve/veya ayaklarınızda şimdiye kadar elektrik şokuna benzer bir ağrı oldu mu? ☐ Evet ☒ Hayır

MICHIGAN NÖROPATİ TARAMA TESTİ



Dosya No:

A. Hikaye (Hasta tarafından doldurulacak)

Bacaklarınızdaki şikayetlerinizle ilgili aşağıdaki soruları lütfen cevaplayınız. Teşekkürler

- | | | | |
|---|-----------------|------------------|---|
| 1. Bacaklarınız ve/veya ayaklarınızda uyuşma hissi var mı? | Evet | Hayır | 1 |
| 2. Bacaklarınız ve/veya ayaklarınızda şimdiye dek yanma hissi oldu mu ? | Evet | Hayır | 1 |
| 3. Ayaklarınız dokunmaya hassas mı? | Evet | Hayır | |
| 4. Bacaklarınız ve/veya ayaklarınızda kas krampları var mı? | Evet | Hayır | |
| 5. Bacaklarınız ve/veya ayaklarınızda karıncalanma hissi var mı? | Evet | Hayır | 1 |
| 6. Cildinize yatak örtüsü dokunduğunda ağrı oluyor mu? | Evet | Hayır | |
| 7. Yıkamırken sıcak suyu soğuk sudan ayırmada güçlük oluyor mu? | Evet | Hayır | 1 |
| 8. Ayağınızda şimdiye dek açık yara gelişti mi? | Evet | Hayır | |
| 9. Şimdiye kadar doktorunuz size diyabetik nöropati hastalığınız olduğunu söyledi mi? | Evet | Hayır | |
| 10. Çoğu zaman kendinizi zayıf hissediyor musunuz? | Evet | Hayır | |
| 11. Şikayetleriniz gece daha çok oluyor mu? | Evet | Hayır | |
| 12. Yürüdüğünüzde bacaklarınız ağrıyor mu? | Evet | Hayır | 1 |
| 13. Yürürken ayağınızı hissedebiliyor musunuz? | Evet | Hayır | |
| 14. Bacaklarınızdaki ciltte yara açılacak kadar kuruma olur mu? | Evet | Hayır | |
| 15. Şimdiye kadar ayaklardan amputasyon şeklinde bir operasyon geçirdiniz mi? | Evet | Hayır | |

Total:

MICHIGAN NÖROPATİ TARAMA TESTİ

B. Fizik Muayene (Sağlık çalışanı tarafından doldurulacak)

1. Ayakların görünümü

SAĞ

a. Normal ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

b. Hayır ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

Deformite ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

Kuru cilt, kallus ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

İnfeksiyon ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

Fissür ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

Diğer belirtiler ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

SOL

☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

Deformite ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

Kuru cilt, kallus ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

İnfeksiyon ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

Fissür ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

Diğer belirtiler ☐ 0 Evet ☒ 1 Hayır

2. Ülserasyon

SAĞ

Yok **Var**

☒ 0 ☐ 1

Var Destek ile var Yok

SOL

Yok **Var**

☒ 0 ☐ 1

Var Destek ile var Yok

3- Ayak bileği reflexleri ☒ 0 ☐ 0,5 ☐ 1

☒ 0 ☐ 0,5 ☐ 1

4-Baş parmak titreşim algısı ☐ 0 ☐ 0,5 ☒ 1

Var Azalmış Yok

☐ 0 ☐ 0,5 ☒ 1

5-Monofilament testi ☒ 0 ☐ 0,5 ☐ 1

Normal Azalmış Yok

☒ 0 ☐ 0,5 ☐ 1

Total skor -----/10

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Dr. Banu Büyükkaydın tarafından yürütülen “TİP 2 DİYABETES MELLİTUS TANISI İLE POLİKLİNİKTE TAKİP EDİLMEKTE OLAN HASTALARDA DİYEBETİK PERİFERİK POLİNÖROPATİ SIKLIĞININ TARAMASI” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı **Diyabet hastalarında periferik (uç sinir) hasarı gelişip gelişmediğinin değerlendirilmesi için anket ve nörolojik muayeneye yönelik bir değerlendirme yapılacak ve sonrasında kan örneği alınarak bu hastalığın gelişiminde etken olabilecek olası biyokimyasal parametreler test edilecektir.** Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Sonrasında biyokimya laboratuvarında kan örneği alınacaktır. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 400 kişi katılacaktır. ¹ Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya bbuyukaydin@hotmail.com e-posta adresi ve (212) 453 18 18 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının ²

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim

Telefon: 534 - 514 - 53 - 02

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☒ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin: ³

Adı-Soyadı:.....

İmzası: