

# AUTISM REGISTRY

TABRIZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCE



# برنامه ثبت

برنامه سازمان یافته

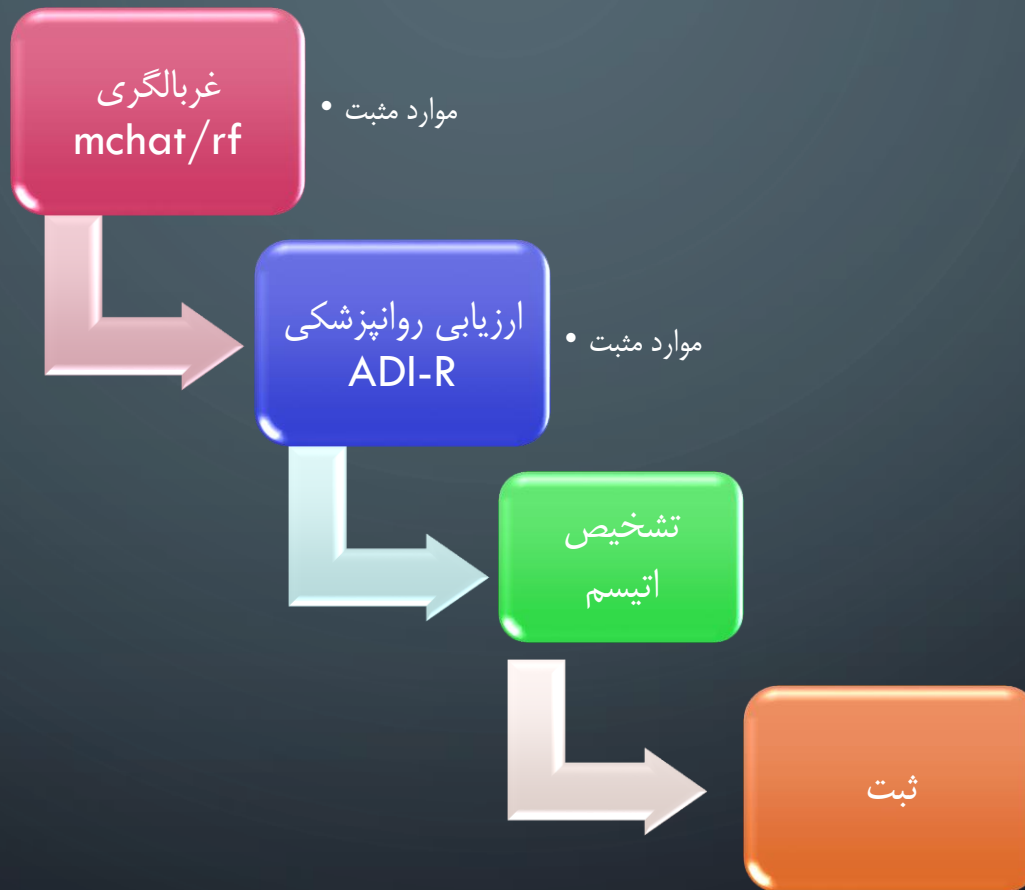
روش های مطالعات مشاهده ای

جمع آوری مجموعه واحد داده بیماران

کودک و نوجوان طیف اتیسم زیر ۱۸ سال



# نحوه ورود بیماران به فرآیند ثبت



# اطلاعات بیمار در فرآیند ثبت

✓اطلاعات بالینی

✓اطلاعات تکمیلی

✓اطلاعات تست ها

✓اطلاعات ویزیت های پیگیری و تکراری

# فرآیند ثبت داده

هوالشافی



مركز جامع اوتيسم دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
وحدات پزشکی روانی تبریز

مرکز جامع اوتیسم دانشگاه علوم پزشکی تبریز (پروژه آبی لر)  
( Comprehensive Autism center of Tabriz University of Medical Science )



فرم ثبت اولیه اختلالات طیف اوتیسم (فرم شماره ۱)

همکار محترم لطفا اطلاعات زیر را در مورد کودک و نوجوان ( زیر ۱۸ سال ) مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مربوط به استان آذربایجان شرقی در اولین بار تشخیص گذاری اختلال طیف اوتیسم تکمیل فرموده و در پایان هرماه در اختیار مسئول جمع آوری اطلاعات ثبت قرار دهید.

تاریخ تکمیل فرم: ..... تاریخ اولین مراجعه به شما ..... نام تکمیل کننده فرم: ..... شماره

اطلاعات بیمار:

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... کد ملی: .....

شماره موبایل / تلفن: ( و نسبت دارنده شماره با کودک ):

۱- نسبت: ..... شماره: ..... ۲- نسبت: ..... شماره: .....

تشخیص (ها)ی ابتدایی ( منظور تشخیص هایی است که در ویزیت بار اول برای وی مطرح کرده اید):

۱- ..... ۲- ..... ۳- .....

تشخیص (ها) بر اساس معیارهای DSM-IV:

تشخیص PDD

Autistic disorder  Asperger's disorder  Rett's Disorder  Childhood disintegrative disorder  PDD,NOS

سایر تشخیص ها (همبندی ها):

۱- ..... ۲- ..... ۳- .....

تشخیص (ها) بر اساس معیارهای DSM-V:

تشخیص ASD

**In Social Communication domain:**

Requiring support  Requiring substantial support  Requiring very substantial support

**In Restricted Interests and Repetitive Behaviors domain:**

Requiring support  Requiring substantial support  Requiring very substantial support

With accompanying intellectual disabilities  With accompanying language impairment  With catatonia

With known medical or genetic condition or environmental factor  if checked, mention it.....

سایر تشخیص ها (همبندی ها):

۱- ..... ۲- ..... ۳- .....

مهر و امضا تکمیل کننده فرم:

CGI-S

# اطلاعات تکمیلی ثبت

ردیف	سوالات
۱.	اولین نشانه یا مساله ای که موجب توجه و مراجعه شما به پزشک شده چه بوده؟
۲.	اولین مراجعه به پزشک به جهت مشکلات ایتسم چه زمانی بود (چند سالگی)؟ اولین پزشک به جهت درمان مشکلات کودک چه کسی بود؟
۳.	اولین تشخیص گذاری ایتسم چه زمانی بود (چند سالگی)؟ اولین تشخیص گذاری ایتسم توسط چه کسی انجام شد؟
۴.	سن پدر هنگام تولد کودک؟ سن مادر هنگام تولد کودک؟
۵.	فرزند چندم است؟ چند خواهر و برادر دارد؟
۶.	حدوداً در ۶ ماه گذشته چه خدماتی دریافت کرده اید؟ اگر یادآوری ۶ ماه سخت است ۳ ماه اخیر را توضیح دهید. <input type="checkbox"/> ۳ ماه <input type="checkbox"/> ۶ ماه
۷.	آدرس محل زندگی
۸.	شغل پدر شغل مادر
۹.	اگر قبل، حین و یا بعد از زایمان مشکلی سلامتی خاصی برای شما و نوزاد بوده است ذکر کنید.
۱۰.	الان تحت نظر چه پزشک و درمانگرانی می باشد؟
۱۱.	اسامی داروها و دوز مصرفی تجویز شده را ذکر کنید.
۱۲.	اگر ۱ بهترین و ۷ بدترین حالت سلامتی کودکان باشد؛ به نظر شما الان چه نمره ای می گیرد؟ <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۷
۱۳.	آیا به غیر از کودک شما در خانواده و نزدیکان فرد دیگری به اوتیسم مبتلاست؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۴.	وضعیت مسکن کدام است؟ مالک، مشترک با پدر بزرگ یا ... ، اجاره ای؟ <input type="checkbox"/> مالک <input type="checkbox"/> مشترک با پدر بزرگ یا ..... <input type="checkbox"/> اجاره ای
۱۵.	تحت حمایت بهزیستی یا ارگان دیگری می باشید؟ اگر بله شرح دهید. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۶.	تحت حمایت بیمه درمانی هستید؟ نوع بیمه را مشخص کنید. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۷.	آیا بر اساس تشخیص پزشک کودکان مشکل بینایی دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۱۸.	آیا بر اساس تشخیص پزشک کودکان مشکل شنوایی دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر



## تست ها

M-CHAT

HIVA

ASQ

ADI-R

GARS



# FOLLOW & REPEAT

FOLLOW

۶ ماه بعد از  
ویزیت اولیه

REPEAT

ویزیت توسط  
پزشک دیگر

کد	اختلال	معادل اختصاری یا نام دیگر
1	Autistic Disorder	AD
2	Asperger's disorder	
3	Rett's disorder	
4	Childhood disintegrative disorder	Heler
5	Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified	PDD.NOS
6	bipolar mood disorder	BMD
7	Post traumatic stress disorder	PTSD
8	Attention deficit hyperactivity disorder	ADHD
9	Developmental coordination disorder	DCD
10	Mental retardation Mild	MR (Mild)
11	Intellectual disability Mild	ID (Mild)
12	MR (severity unspecified)	IQ Funct - MR
13	ID (severity unspecified)	ID
14	Pediatric bipolar disorder	PBD
15	Social communication disorder	SCD
16	Anxiety disorder (NOS)	
17	Obsessive compulsive disorder	OCD
18	Combined Immunodeficiency disorder	CID
19	Enunesis	
20	Language disorder	
21	Albinism	
22	Oppositional Defiant Disorder	ODD
23	Down Syndrome	
24	General Anxiety Disorder	GAD
25	Disruptive Mood Dysregulation Disorder	DMDD
26	Hearing Loss	HL
27	Near Blindness	Blindness
28	Tic Disorder	
29	General Developmental Delay	Mild GDD
30	Borderline Intellectual Functioning	
31	Social Anxiety Disorder(SAD)	Social Phobia
32	Piov Pareital	
33	Metabolic	Neurological Metabolic Problem
34	Family Conflict	

کدهای اصلی

# فرایند ثبت الکترونیکی

## Specifier(s) according to DSM-V

With accompanying intellectual disabilities

With accompanying language impairment

With catatonia

With known medical or genetic condition or environmental factor (if checked mention it)

دیگر:

## Clinical Global Impression

7	6	5	4	3	2	1	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CGI-S
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CGI-I

## زمان ویزیت بعدی مراجعین اتیسم

انتخاب

## ثبت اولیه اختلالات طیف اتیسم

لطفا بخش زیر را در مورد کودک و نوجوان (زیر 18 سال) مبتلا به اختلال طیف اتیسم و در اولین بار تشخیص گذاری تکمیل فرمایید. با تشکر مرکز جامع اتیسم دانشگاه علوم پزشکی تبریز (پروژه آبی ل)

## کد ملی کودک

پاسخ شما

## DSM-IV

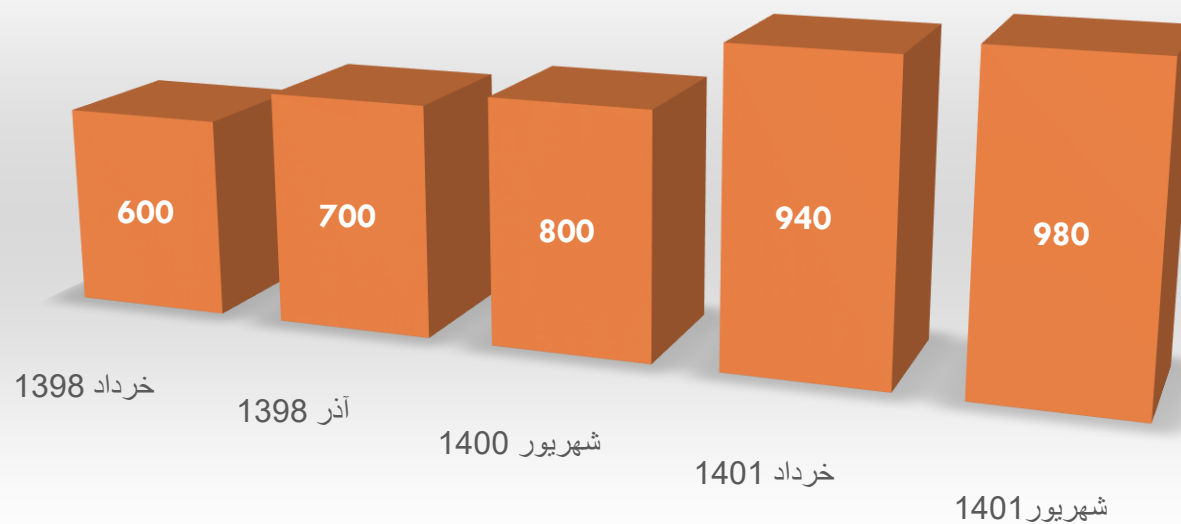
PDD,NOS	Childhood disintegrative disorder	Rett's disorder	Asperger's disorder	Autistic disorder	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	*

## DSM-V

Requiring very substantial support	Requiring substantial support	Requiring support	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Severity in Social Communication domain
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Severity in Restricted Interests and Repetitive Behaviors domain

# پروژه ثبت اטיسم دانشگاه علوم پزشکی تبریز

موارد ثبت شده



# SAMPLE

تشخیص (ها) بر اساس معیارهای DSM-IV:

تشخیص PDD

Autistic disorder  Asperger's disorder  Rett's Disorder  Childhood disintegrative disorder  PDD, NOS

سایر تشخیص ها (همبندی ها):

۱- ۲- ۳-

---

تشخیص (ها) بر اساس معیارهای DSM-V:

تشخیص ASD:

**In Social Communication domain:**  
 Requiring support  Requiring substantial support  Requiring very substantial support

**In Restricted Interests and Repetitive Behaviors domain:**  
 Requiring support  Requiring substantial support  Requiring very substantial support

With accompanying intellectual disabilities  With accompanying language impairment  With catatonia

With known medical or genetic condition or environmental factor  if checked, mention it.....

سایر تشخیص ها (همبندی ها):

ADHD

۱- ۲- ۳-

CGI-S: مهر و امضا تکمیل کننده فرم:

دکتر حسن رضایی  
 روانپزشک فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان  
 مطبوعه: تهران، وقت مشاوره: ۶۶۳۱

هوالمشافی

مرکز جامع اوتیسم دانشگاه علوم پزشکی تبریز (پروژه آبی لر)

(Comprehensive Autism center of Tabriz University of Medical Science)

ABBILAR

فرم ثبت اولیه اختلالات طیف اوتیسم (فرم شماره ۱)

همکار محترم لطفا اطلاعات زیر را در مورد کودک و نوجوان (زیر ۱۸ سال) مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و مربوط به استان آذربایجان شرقی در اولین بار تشخیص گذاری اختلال طیف اوتیسم تکمیل فرموده و در پایان همراه در اختیار مسئول جمع آوری اطلاعات ثبت قرار دهید.

تاریخ تکمیل فرم: ۱۳۹۱.۰۵.۰۱ تاریخ اولین مراجعه به شما: نام تکمیل کننده فرم: شماره: ۸۴۹

اطلاعات بیمار:

نام و نام خانوادگی: سعید صفا تاریخ تولد: ۱۳۸۲/۹/۱۱ کدملی: ۱۳۲۷۲۵۲۲۱

شماره موبایل / تلفن: (و نسبت دارنده شماره با کودک):

۱- نسبت: شماره: ۲- نسبت: شماره: ۹۱۴۱۴۵۴۳۴

تشخیص (ها)ی ابتدایی (منظور تشخیص هایی است که در ویزیت بار اول برای وی مطرح کرده اید):

۱- ۲- ۳-

# تبادل نظر