

فرم CRF

دستگاه لیزر موبو

نام مرکز درمانی:	
شماره پرونده:	
اطلاعات بیمار	
نام و نام خانوادگی بیمار/کد بیمار:	کد ملی بیمار:
سن:	جنسیت: <input type="checkbox"/> خانم <input type="checkbox"/> آقا
پزشک درمانگر: شماره نظام پزشکی:	اپراتور / پرستار: کد پرستاری:
ارزیابی اولیه	
تایپ پوستی: <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵	
ناحیه انتخاب شده جهت درمان (همراه توضیحات) * از ناحیه درمان عکس تهیه گردد صورت <input type="checkbox"/> گردن <input type="checkbox"/> تنه <input type="checkbox"/> ران <input type="checkbox"/> ساق پا <input type="checkbox"/> بازو <input type="checkbox"/> ساق دست <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>	
تعداد مو در ناحیه درمان قبل از شروع درمان:	تاریخ ارزیابی اولیه:
آیا موارد منع مصرف و تذکرات مرتبط با سلامتی بیمار اطلاع رسانی شده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا کاربر / پزشک معالج راهنما، دستورالعمل و برجسب تذکرات کار با دستگاه را مطالعه نموده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

اطلاعات پارامترهای تنظیم دستگاه در شات تست	
پارامترهای تنظیمی دستگاه به دست آمده از شات تست جهت شروع درمان	
مد کاری: <input type="checkbox"/> SHR <input type="checkbox"/> IPL	فرکانس: <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> سایر:
عرض پالس: <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> سایر:	قدرت: <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> سایر:
تعداد شات تست: <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> سایر:	
مشاهدات محقق درمانگر در زمان اعمال شات های تست:	
<input type="checkbox"/> وقوع erythema موقتی	شدت: <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید

<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> وقوع edema موقتی
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> تشکیل Blister
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> تشکیل Ulcer
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> تغییر Pigment
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> تغییر در بافت
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> اسکار
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> عفونت
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> خارش
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> التهابات پوستی پس از درمان
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> واکنش های آلرژیک
سایر موارد :				

جلسه اول				
تاریخ :				
ارزیابی				
تعداد مو در ناحیه درمان * از ناحیه درمان عکس تهیه گردد				
درمان				
پارامتر های تنظیمی دستگاه				
فرکانس : ۲ □ ۳ □ ۴ □ ۵ □ سایر :	IPL □ SHR □			
قدرت : ۸ □ ۹ □ ۱۰ □ ۱۱ □ ۱۲ □ سایر :	عرض پالس : ۳ □ ۴ □ ۵ □ ۶ □ سایر :			
تعداد شات در ناحیه درمان : ۲ □ ۳ □ ۴ □ ۵ □ سایر :				
گزارش عوارض مشاهده شده در زمان درمان جلسه ۱				
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> وقوع erythema موقتی
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> وقوع edema موقتی
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> تشکیل Blister
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> تشکیل Ulcer
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> تغییر Pigment
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> تغییر در بافت
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> اسکار
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> عفونت
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> شدید	<input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> خارش

<input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> التهابات پوستی پس از درمان <input type="checkbox"/> واکنش های آلرژیک سایر موارد :
جلسه دوم	
تاریخ :	
ارزیابی	
تعداد مو در ناحیه درمان * از ناحیه درمان عکس تهیه گردد	
درمان	
پارامتر های تنظیمی دستگاه مود کاری : <input type="checkbox"/> SHR <input type="checkbox"/> IPL عرض پالس : <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ سایر : تعداد شات در ناحیه درمان : <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ سایر : فرکانس : <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ سایر : قدرت : <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/> ۱۲ سایر :	
گزارش عوارض مشاهده شده در زمان درمان جلسه ۲	
<input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/> شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید	<input type="checkbox"/> وقوع erythema موقتی <input type="checkbox"/> وقوع edema موقتی <input type="checkbox"/> تشکیل Blister <input type="checkbox"/> تشکیل Ulcer <input type="checkbox"/> تغییر Pigment <input type="checkbox"/> تغییر در بافت <input type="checkbox"/> اسکار <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> خارش <input type="checkbox"/> التهابات پوستی پس از درمان <input type="checkbox"/> واکنش های آلرژیک سایر موارد :

جلسه سوم	
تاریخ	
ارزیابی	
تعداد مو در ناحیه درمان * از ناحیه درمان عکس تهیه گردد	
درمان	
<p>پارامتر های تنظیمی دستگاه پارامتر های تنظیمی دستگاه</p> <p>مود کاری : SHR <input type="checkbox"/> IPL <input type="checkbox"/></p> <p>عرض پالس : ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> سایر :</p> <p>تعداد شات در ناحیه درمان : ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> سایر :</p> <p>فرکانس : ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> سایر :</p> <p>قدرت : ۸ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/> ۱۱ <input type="checkbox"/> ۱۲ <input type="checkbox"/> سایر :</p>	
<p>گزارش عوارض مشاهده شده در زمان درمان جلسه ۳</p> <p><input type="checkbox"/> وقوع erythema موقتی</p> <p><input type="checkbox"/> وقوع edema موقتی</p> <p><input type="checkbox"/> تشکیل Blister</p> <p><input type="checkbox"/> تشکیل Ulcer</p> <p><input type="checkbox"/> تغییر Pigment</p> <p><input type="checkbox"/> تغییر در بافت</p> <p><input type="checkbox"/> اسکار</p> <p><input type="checkbox"/> عفونت</p> <p><input type="checkbox"/> خارش</p> <p><input type="checkbox"/> التهابات پوستی پس از درمان</p> <p><input type="checkbox"/> واکنش های آلرژیک</p> <p>سایر موارد :</p>	
<p>شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/></p> <p>شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/></p> <p>شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/></p> <p>شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/></p> <p>شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/></p> <p>شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/></p> <p>شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/></p> <p>شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/></p> <p>شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/></p> <p>شدت : خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> بسیار شدید <input type="checkbox"/></p>	

جلسه Follow Up	
تاریخ	
ارزیابی	
تعداد موهای ناحیه درمان * از ناحیه درمان عکس تهیه گردد	

گزارش عوارض مشاهده شده در جلسه Follow UP

- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> وقوع erythema موقتی |
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> وقوع edema موقتی |
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> تشکیل Blister |
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> تشکیل Ulcer |
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> تغییر Pigment |
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> تغییر در بافت |
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> اسکار |
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> عفونت |
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> خارش |
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> التهابات پوستی پس از درمان |
| <input type="checkbox"/> شدت : خفیف | <input type="checkbox"/> متوسط | <input type="checkbox"/> شدید | <input type="checkbox"/> بسیار شدید | <input type="checkbox"/> واکنش های آلرژیک |

سایر موارد :

سایر توضیحات محقق / درمانگر

مهر و امضای پزشک

این قسمت توسط فرد مورد درمان تکمیل گردد.

میزان احساس ناراحتی خود را از درمان جلسه اول علامت بزنید:

بدون درد درد خفیف درد متوسط درد شدید غیر قابل تحمل

میزان احساس ناراحتی خود را از درمان جلسه دوم علامت بزنید:

بدون درد درد خفیف درد متوسط درد شدید غیر قابل تحمل

میزان احساس ناراحتی خود را از درمان جلسه سوم علامت بزنید:

بدون درد درد خفیف درد متوسط درد شدید غیر قابل تحمل

میزان رضایتمندی خود را در جلسه **Follow UP** از نتیجه کسب شده علامت بزنید:

کاملاً موثر بود تقریباً موثر بود بی تاثیر بود کاملاً نارضی