



فرم گردآوری اطلاعات افراد متقاضی عمل وازکتومی

شماره	متغیر	کد
	نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی پزشک جراح:	
	شماره تلفن منزل: شماره تلفن همراه:	
۱	شهرستان:	
۲	ارجاعی از: ۱- خانه بهداشت <input type="checkbox"/> ۲- مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/> ۳- مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/> ۴- پایگاه بهداشتی <input type="checkbox"/> ۵- مراجعه مستقیم <input type="checkbox"/>	
۳	محل سکونت: ۱- شهر <input type="checkbox"/> ۲- روستا <input type="checkbox"/> نام شهر یا روستای محل سکونت	
۴	سن: سال	
۵	سن همسر: سال	
۶	سن در زمان ازدواج: سال	
۷	سن همسر در زمان ازدواج: سال	
۸	تعداد ازدواج:	
۹	شغل:	
۱۰	شغل همسر:	
۱۱	میزان تحصیلات: ۱- بی سواد <input type="checkbox"/> ۲- نهضت سوادآموزی <input type="checkbox"/> ۳- ابتدایی <input type="checkbox"/> ۴- راهنمایی <input type="checkbox"/> ۵- دبیرستان <input type="checkbox"/> ۶- دیپلم <input type="checkbox"/> ۷- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۸- لیسانس <input type="checkbox"/> ۹- فوق لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/>	
۱۲	میزان تحصیلات همسر: ۱- بی سواد <input type="checkbox"/> ۲- نهضت سوادآموزی <input type="checkbox"/> ۳- ابتدایی <input type="checkbox"/> ۴- راهنمایی <input type="checkbox"/> ۵- دبیرستان <input type="checkbox"/> ۶- دیپلم <input type="checkbox"/> ۷- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۸- لیسانس <input type="checkbox"/> ۹- فوق لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/>	
۱۳	قومیت: ۱- فارس <input type="checkbox"/> ۲- ترک <input type="checkbox"/> ۳- لر <input type="checkbox"/> ۴- کرد <input type="checkbox"/> ۵- عرب <input type="checkbox"/> ۶- سایر <input type="checkbox"/>	
۱۴	قومیت همسر: ۱- فارس <input type="checkbox"/> ۲- ترک <input type="checkbox"/> ۳- لر <input type="checkbox"/> ۴- کرد <input type="checkbox"/> ۵- عرب <input type="checkbox"/> ۶- سایر <input type="checkbox"/>	
۱۵	دین: ۱- اسلام، شیعه <input type="checkbox"/> ۲- اسلام، سنی <input type="checkbox"/> ۳- مسیحیت <input type="checkbox"/> ۴- یهود <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/> نام بپرید:	
۱۶	دین همسر: ۱- اسلام، شیعه <input type="checkbox"/> ۲- اسلام، سنی <input type="checkbox"/> ۳- مسیحیت <input type="checkbox"/> ۴- یهود <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/> نام بپرید:	
۱۷	میانگین درآمد خانوار شما در ماه در کدام گزینه قرار دارد؟ ۱- کمتر از ۴۰۰ هزار تومان <input type="checkbox"/> ۲- ۴۰۰ تا کمتر از ۸۰۰ هزار تومان <input type="checkbox"/> ۳- ۸۰۰ تا کمتر از ۱۲۰۰۰۰ تومان <input type="checkbox"/> ۴- ۱۲۰۰۰۰ تا بیشتر <input type="checkbox"/>	
۱۸	تعداد فرزند زنده:	
۱۹	تعداد فرزند پسر زنده:	
۲۰	تعداد فرزند دختر زنده:	
۲۱	سن آخرین فرزند: (سال <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/>) (کمتر از یکسال را با ماه و بیشتر از یکسال را با سال نشان دهید)	
۲۲	آیا آخرین فرزند شما ناخواسته بوده؟ ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۲۳	در صورت ناخواسته بودن: ۱- همزمان با روش پیشگیری از بارداری <input type="checkbox"/> ۲- بدون استفاده از روش <input type="checkbox"/>	
۲۴	سابقه سقط عمدی در همسر؟ ۱- دارد <input type="checkbox"/> ۲- ندارد <input type="checkbox"/> ۳- نمی‌خواهم جواب دهم <input type="checkbox"/>	
۲۵	نوع وسیله پیشگیری از بارداری پس از تولد آخرین فرزند تا اکنون (یک یا چند جواب): ۱- قرص <input type="checkbox"/> ۲- کاندوم <input type="checkbox"/> ۳- آمپول <input type="checkbox"/> ۴- آی یو دی <input type="checkbox"/> ۵- طبیعی <input type="checkbox"/> ۶- سایر <input type="checkbox"/> ۷- هیچ روشی <input type="checkbox"/>	
۲۶	فرد مشوق برای انجام عمل (یک یا چند جواب): ۱- همسر <input type="checkbox"/> ۲- فامیل <input type="checkbox"/> ۳- رسانه های گروهی <input type="checkbox"/> ۴- کارکنان بهداشت <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/> نام بپرید:	
۲۷	اکنون که شما درخواست وازکتومی داشته اید، همسر شما باردار است؟ ۱- آری <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۲۸	محل عمل وازکتومی: ۱- بیمارستان <input type="checkbox"/> ۲- مرکز بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> ۳- مطب شخصی <input type="checkbox"/> ۴- سایر <input type="checkbox"/>	
	نام و نام خانوادگی پرسشگر: تاریخ پرسشگری:	
	نام و نام خانوادگی وارد کننده داده‌ها به رایانه: تاریخ ورود داده‌ها:	



در این قسمت چیزی ننویسید

فرم گردآوری اطلاعات افراد متقاضی عمل توبکتومی

شماره	متغیر	کد
	نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی پزشک جراح:	
	شماره تلفن منزل: شماره تلفن همراه:	
۱	شهرستان:	
۲	ارجاعی از: ۱- خانه بهداشت <input type="checkbox"/> ۲- مرکز بهداشتی درمانی روستایی <input type="checkbox"/> ۳- مرکز بهداشتی درمانی شهری <input type="checkbox"/> ۴- پایگاه بهداشتی <input type="checkbox"/> ۵- مراجعه مستقیم <input type="checkbox"/>	
۳	محل سکونت: ۱- شهر <input type="checkbox"/> ۲- روستا <input type="checkbox"/> نام شهر یا روستای محل سکونت:	
۴	سن:	
۵	سن همسر:	
۶	سن در زمان ازدواج:	
۷	سن همسر در زمان ازدواج:	
۸	تعداد ازدواج:	
۹	شغل:	
۱۰	شغل همسر:	
۱۱	میزان تحصیلات: ۱- بی سواد <input type="checkbox"/> ۲- نهضت سوادآموزی <input type="checkbox"/> ۳- ابتدایی <input type="checkbox"/> ۴- راهنمایی <input type="checkbox"/> ۵- دبیرستان <input type="checkbox"/> ۶- دیپلم <input type="checkbox"/> ۷- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۸- لیسانس <input type="checkbox"/> ۹- فوق لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/>	
۱۲	میزان تحصیلات همسر: ۱- بی سواد <input type="checkbox"/> ۲- نهضت سوادآموزی <input type="checkbox"/> ۳- ابتدایی <input type="checkbox"/> ۴- راهنمایی <input type="checkbox"/> ۵- دبیرستان <input type="checkbox"/> ۶- دیپلم <input type="checkbox"/> ۷- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۸- لیسانس <input type="checkbox"/> ۹- فوق لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/>	
۱۳	قومیت: ۱- فارس <input type="checkbox"/> ۲- ترک <input type="checkbox"/> ۳- لر <input type="checkbox"/> ۴- کرد <input type="checkbox"/> ۵- عرب <input type="checkbox"/> ۶- سایر <input type="checkbox"/>	
۱۴	قومیت همسر: ۱- فارس <input type="checkbox"/> ۲- ترک <input type="checkbox"/> ۳- لر <input type="checkbox"/> ۴- کرد <input type="checkbox"/> ۵- عرب <input type="checkbox"/> ۶- سایر <input type="checkbox"/>	
۱۵	دین: ۱- اسلام، شیعه <input type="checkbox"/> ۲- اسلام، سنی <input type="checkbox"/> ۳- مسیحیت <input type="checkbox"/> ۴- یهود <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/> ، نام بیزید:	
۱۶	دین همسر: ۱- اسلام، شیعه <input type="checkbox"/> ۲- اسلام، سنی <input type="checkbox"/> ۳- مسیحیت <input type="checkbox"/> ۴- یهود <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/> ، نام بیزید:	
۱۷	میانگین درآمد خانوار شما در ماه در کدام گزینه قرار دارد؟ ۱- کمتر از ۴۰۰ هزار تومان <input type="checkbox"/> ۲- ۴۰۰ تا کمتر از ۸۰۰ هزار تومان <input type="checkbox"/> ۳- ۸۰۰ تا کمتر از ۱۲۰۰۰۰ تومان <input type="checkbox"/> ۴- ۱۲۰۰۰۰۰ تومان یا بیشتر <input type="checkbox"/>	
۱۸	تعداد فرزند زنده:	
۱۹	تعداد فرزند پسر زنده:	
۲۰	تعداد فرزند دختر زنده:	
۲۱	سن آخرین فرزند: (سال <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/>) (کمتر از یکسال را با ماه و بیشتر از یکسال را با سال نشان دهید)	
۲۲	آیا آخرین فرزند شما ناخواسته بوده؟ ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>	
۲۳	در صورت ناخواسته بودن: ۱- بارداری همزمان با روش پیشگیری از بارداری <input type="checkbox"/> ۲- بارداری بدون استفاده از روش پیشگیری <input type="checkbox"/>	
۲۴	سابقه سقط عمدی؟ ۱- دارم <input type="checkbox"/> ۲- ندارم <input type="checkbox"/> ۳- نمی‌خواهم جواب دهم <input type="checkbox"/>	
۲۵	نوع وسیله پیشگیری از بارداری پس از تولد آخرین فرزند تا اکنون (یک یا چند جواب): ۱- قرص <input type="checkbox"/> ۲- کاندوم <input type="checkbox"/> ۳- آمپول <input type="checkbox"/> ۴- آی یو دی <input type="checkbox"/> ۵- طبیعی <input type="checkbox"/> ۶- سایر <input type="checkbox"/> ۷- هیچ روشی <input type="checkbox"/>	
۲۶	فرد مشوق برای انجام عمل (یک یا چند جواب): ۱- همسر <input type="checkbox"/> ۲- فامیل <input type="checkbox"/> ۳- رسانه های گروهی <input type="checkbox"/> ۴- کارکنان بهداشت <input type="checkbox"/> ۵- سایر <input type="checkbox"/> نام بیزید:	
۲۷	نوع عمل توبکتومی: ۱- همزمان با عمل سزارین <input type="checkbox"/> ۲- به تنهایی <input type="checkbox"/>	
۲۸	محل عمل: ۱- بیمارستان <input type="checkbox"/> ۲- سیاری <input type="checkbox"/>	
	نام و نام خانوادگی پرسشگر: تاریخ پرسشگری:	
	نام و نام خانوادگی وارد کننده داده‌ها به رایانه: تاریخ ورود داده‌ها:	