

NIMHANS
Neuroepidemiological Survey in Urban and Rural
Areas of Bangalore
Performa-A

1. தொடர்வரிசை எண்

2. இடம் 1. நகரம் 2. கிராமம்

3. இடத்தின் எண்

4. தேதி

5. கிராமத்தின் பெயர்

6. வீட்டின் எண்

7. வீட்டின் தலைவர் பெயரும் விலாசமும் தொலைபேசியும்

8. பதில் கூறுபவர் பெயரும்

குடும்ப தலைவருக்கு உள்ள சொந்தமும்

9. மதம்

1. இந்து 3. கிறிஸ்துவர்

2. முஸ்லிம் 4. மற்றவை என்ன என்று கூறப்படவில்லை

10. வீட்டில் எத்தனை பேர் உள்ளார்கள்?

11. மொத்த மாத வருமானம்?

12. நகரத்தில்/கிராமத்தில் எவ்வளவு மாதம் தங்கியுள்ளார்கள்?

13. குடும்ப விபரம்

வரிசை எண்	பெயர்	வயது வருடம் மாதம்	இனம்	குடும்பதலைவருடன் உள்ள உறவு

Performa-B

ஏழு வயதுக்கு மேற்பட்டவர்

1. ஸிகிரிண்டு எண்

2. வரிசை எண் மற்றும் தனிநபர் எண்

3. தேதி

4. பெயர்

நீங்களாவது அல்லது உங்கள் குடும்பத்தில் யாராவது கீழ்க்கண்ட நோயின் அறிகுறியினால் அவதியுற்றார்களா?

1. நினைவு இழத்தல்

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

2. திடீர்என சுற்றத்துடன் தொடர்பு இழத்தல்

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

3. தலை, கை அல்லது காலில் கட்டுபடுத்த முடியாத நடுக்கம்.

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

4. தெளிவில்லாத பேச்சு இருந்துள்ளதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

5. முகத்தில் பக்கவாதம் ஏற்பட்டு வாய் ஒருபக்கம் இழுத்துக் கொண்டு இருந்ததா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

6. கை அல்லது காலில் பக்கவாதம் ஏற்பட்டுள்ளதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

7. நடப்பதில் ஏதாவது கஷ்டங்கள் உள்ளதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

(கால் முட்டுகலில் வலி மற்றும் வீக்கத்தினால் ஏற்பட்டுருந்தால் இங்கு குறிப்பிடவேண்டாம்)

8. முகம், கை மற்றும் கால்களில் சுறனை குறைந்தோ அல்லது இல்லாமல் போயிருக்கிறதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

9. ஞாபகசக்தி கடந்த ஐந்து வருடத்தில் குறைந்திருக்கிறதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

10. கண் புருவம் தன்னிச்சையாக கண்ணை மூடிக்கொண்டு இருந்ததா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

11. முகத்தில் எப்போதாவது வலி ஏற்பட்டிருக்கின்றதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

12. தலைவலி

ஆம் என்றால்

12.1 இரண்டு பக்கமும்

12.2 கண்ணேர ஒளிச்சிதறலுடன்

12.3 வாந்தியுடன்

Performa-C

ஏழு வயதுக்கு குறைந்தவர்கள்

1. ஸிகிரிண்டு எண்

2. வரிசை எண் மற்றும் தனிநபர் எண்

3. தேதி

4. குழந்தையின் பெயர்

5. குழந்தை பற்றி விபரங்கள் கூறுபவர் பெயரும்

குழந்தையுடன் உள்ள சொந்தமும்

உங்கள் குழந்தை கீழ்க்கண்ட நோயின் அறிகுறியினால் அவதியுற்றதா?

1. குழந்தை எப்போதாவது நினைவு இழந்ததுண்டா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

2. வெற்றிடமான பார்வை மற்றும் சுற்றத்துடன் தொடர்பு இழந்து சல சமயங்களில்

காணப்பட்டதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

3. ஐரம் வந்து வலிப்பு நோய் ஏற்பட்டிருக்கின்றதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

4. கை அல்லது காலில் கட்டுபடுத்த முடியாத நடுக்கம் குழந்தைக்கு ஏற்பட்டிருக்கிறதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

5. குழந்தைக்கு வாய் ஒரு பக்கமாக இழுத்துக் கொண்டு எப்போதாவது இருந்ததா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

6. குழந்தைக்கு கை அல்லது காலில் பக்கவாதம் ஏற்பட்டுள்ளதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

7. குழந்தைக்கு கண் புருவம் தன்னிச்சையாக கண்ணை மூடிக்கொண்டு சில மணி நேரமோ அதற்கதிகமாகவோ காணப்பட்டதா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

8. குழந்தைக்கு நான்கு மாதத்தில் கழுத்தை நிறுத்த முடிந்ததா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

9. குழந்தை ஆறு மாதத்தில் உட்கார முடிந்ததா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

10. குழந்தையால் ஒரு வயதில் நிற்க முடிந்ததா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

11. குழந்தையால் இரண்டு வயதில் நடக்க முடிந்ததா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

12. குழந்தையால் மூன்று வயதில் ஓட முடிந்ததா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

13. குழந்தையால் 18 மாதத்தில் சில வார்த்தை பேச முடிந்ததா?

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

14. குழந்தையால் சாதாரணமாக பேச முடிந்ததா? (மூன்று வயதுக்கு மேற்பட்ட குழந்தைகள்)

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

15. குழந்தைக்கு சராசரி புத்திசாலித்தனம் உள்ளதா? (மூன்று வயதுக்கு மேற்பட்ட குழந்தைகள்)

1. ஆம் 2. இல்லை 3. தெரியவில்லை

Proforma - D

1. ஸிகிரிண்டு நம்பர் 1. 2.
2. வரிசை எண் மற்றும் தனி நபர் எண்
3. மருத்துவ பரிசோதனை எண்
4. பரிசோதனை தேதி:
5. பெயர்
6. பரிசோதனையில் நோய்

1	2	3	4	5	
உள்ளது என்று கண்டறியப்பட்டவை	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15
7. முன்னால் சிகிச்சை
 1. சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டது
 2. சிகிச்சை அளிக்கப்படவில்லை
8. சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டது என்றால் எவறால்:
 1. இன்டோர்னிஸ்ட்
 2. குழந்தை மருத்துவர்
 3. பொது மருத்துவர்
 4. நரம்பியல் மருத்துவர்
 5. சிறப்பு மருத்துவர் (தகவல் குறிப்பிடவும்)
 6. நாட்டு வைத்தியர் (தகவல் குறிப்பிடவும்)
9. எங்கே அனுமதிக்கப்பட்டார்
 1. வி.எச்.எஸ் மருத்துவமனை
 2. அரசு பொது மருத்துவமனை
 3. தனியார் மருத்துவமனை
 4. நர்ஸ்ங் ஓம் / 24 மணி நேர ஆஸ்பத்திரி
 5. மாவட்ட மருத்துவமனை
 6. ஆரம்ப சுகாதார மையம்

10. வி.எச்.ஸ் மருத்துவமனை என்றால்

1. நரம்பியல் பிரிவு
2. நரம்பியல் அருவை சிகிச்சை பிரிவு
3. மனநலம் பிரிவு

11. பரிசோதனையில் நோய் உள்ளது என்று கண்டறியப்பட்டவை

- | | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |

12. நோயின் கால அளவு

13. நோயின் தன்மையை ஆய்ந்துணர்

1. நரம்பியல்
2. நரம்பியல் இல்லவே இல்லை

14. நோயின் தன்மை

- அ
- ஆ
- இ

Proforma - E

SWm©Vp T-úNôRû]

1. வரிசை எண் மற்றும் தனி நபர் எண்
2. பெயர்
3. உடல் பிரச்சனைகள்
4. நோயின் வரலாறு
5. குடும்பத்தில் உள்ள நரம்பியல் நோய் மற்றும் மேற்கூறிய கஷ்டங்கள் வரலாறு

அ. இருந்ததது ஆ. இல்லை

6. பொது மருத்துவமனை

7. நரம்பியல் பரிசோதனை

மூளை சம்பந்தமான பணி

பேச்சு

வன்டஸ்

மோட்டார் ஸிஸ்டம்

ஸென்ஸரி ஸிஸ்டம்

ரிவ்ளாகஸ்

நடை

ஒரினப்படுத்துதல்

மற்றவை

மருத்துவர் பெயர்