



Queensland  
Government

प्रिन्सेस अलेक्जेंड्रा हॉस्पिटल

गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल लक्षणों के विकार का आकलन

(एसएजीआईएस)

(Affix identification label here)

यूआरएन (आधार कार्ड से संबंधित):

पारिवारिक नाम:

वास्तविक नाम:

पता:

जन्म तारीख:

लिंग:

पु

म

रोग के विषय में निदान (चिकित्सक द्वारा भरना है):

प्रिय मरीज,

अपने लक्षणों को प्रभावी ढंग से बताने के लिए, यदि आप इस छोटी सी प्रश्नावली को भर सकते हैं तो यह सराहनीय होगा। पिछले सप्ताह के दौरान कृपया अपने मर्ज के लक्षणों की गंभीरता के बारे में हमें बताएं। नीचे दिये गये सूचक शब्दों से आप गंभीरता का सबसे अच्छा वर्णन करने में मदद करेंगे। यदि कोई शंका हो तो कृपया हमारे कर्मचारियों में से किसी से भी जानकारी लेने में संकोच न करें। धन्यवाद!

आपकी गैस्ट्रोएंटेरोलॉजी टीम

विषयों पर पांच बिंदु लिफ्ट स्केल का उपयोग करके निर्णय लिया जाएगा: (प्रति विषय पर केवल एक ही प्रतिक्रिया होगी):	0= कोई समस्या नहीं	1 = मामूली समस्या है।	2 = समस्या सीमित है।	3 = गंभीर समस्या	4 = बहुत ही गंभीर समस्या है।
कोई समस्या नहीं	बहुत मामूली	मध्यम	गंभीर	बहुत गंभीर	कोई समस्या नहीं
1. अन्ननली में जलन, डकार, अन्ननली में तेजाब की उल्टी (उदर और मुंह को जोड़ने वाली नली)					
कोई समस्या नहीं	बहुत मामूली	मध्यम	गंभीर	बहुत गंभीर	कोई समस्या नहीं
2. निगलने में कठिनाई (दबाव के कारण कठिनाई)					
कोई समस्या नहीं	बहुत मामूली	मध्यम	गंभीर	बहुत गंभीर	कोई समस्या नहीं
3. भरा हुआ (भोजन ग्रहण करने की क्षमता से पूर्व ही पेट भरा हुआ महसूस करना।)					
कोई समस्या नहीं	बहुत मामूली	मध्यम	गंभीर	बहुत गंभीर	कोई समस्या नहीं
4. प्रारंभिक संतृप्ति ( भोजन करने पर पेट जल्दी भर जाता है, भोजन की मात्रा की तुलना में ज्यादा मात्रा, जिससे भोजन समाप्त नहीं हो पाता है।)					
कोई समस्या नहीं	बहुत मामूली	मध्यम	गंभीर	बहुत गंभीर	कोई समस्या नहीं
5. भोजन करने पर दर्द या तकलीफ होना (भोजन करने के बाद पेट के ऊपरी हिस्से में तकलीफ शुरू होने लगती है या बुरी तरह से तकलीफ होती है।)					
कोई समस्या नहीं	बहुत मामूली	मध्यम	गंभीर	बहुत गंभीर	कोई समस्या नहीं
6. उदर के ऊपरी हिस्से से संबंधित दर्द / पेट के ऊपरी हिस्से में दर्द (पसलियों के पिंजरे के बीच में निचले किनारों पर दर्द या गर्दन से पेट तक की हड्डियों में दर्द होता है।)					
कोई समस्या नहीं	बहुत मामूली	मध्यम	गंभीर	बहुत गंभीर	कोई समस्या नहीं
7. रेट्रोस्टर्नल असुविधा (छाती की हड्डियों के पीछे असुविधा महसूस करना।)					
कोई समस्या नहीं	बहुत मामूली	मध्यम	गंभीर	बहुत गंभीर	कोई समस्या नहीं
8. मलत्याग से पहले दर्द या बेचैनी।					
कोई समस्या नहीं	बहुत मामूली	मध्यम	गंभीर	बहुत गंभीर	कोई समस्या नहीं

9. मलत्याग करने में कठिनाई (मलत्याग में कठिनाई या अधूरा मलत्याग)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
10. कब्ज (बार बार और थोड़ा, कड़ा और ढेलेदार शौच/मल आना)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
11. पतला मल (ढीला या पतला शौच)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
12. शौच में अनियमितता (मल को नियंत्रित करने में असमर्थता)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
13. शौच नहीं रोक पाना।				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
14. दस्त (बार बार पानी की तरह से पतला या ढीला और बार बार शौच आना।)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
15. भूख कम लगना (भूख महसूस नहीं करना।)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
16. पेट में ऐंठन (पेट में एक जगह ना होकर अलग अलग हिस्सों में पेट दर्द होना)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
17. उबकाई आना (उल्टी होने से पहले मितली महसूस करना और उल्टी की उबकाई आना।)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
18. मतली (उल्टी की आवश्यकता की तत्काल अपेक्षा करना)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
19. उल्टी (बलगम और / या पेट की सामग्री / अपचा और निरर्थक भोजन, या ठोस निरर्थक भोजन की उल्टी)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
20. सूजन (पेट की सूजन और पेट में गैस ज्यादा होना।)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
21. अत्यधिक गैस होना और पेट फलना।				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
22. अत्यधिक डकार आना (एसिड के बिना)				
<input type="checkbox"/> कोई समस्या नहीं	<input type="checkbox"/> बहुत मामूली	<input type="checkbox"/> मध्यम	<input type="checkbox"/> गंभीर	<input type="checkbox"/> बहुत गंभीर
23. आपके अपने शब्दों में, आपकी सबसे महत्वपूर्ण स्वास्थ्य चिंता या समस्या क्या है?				
24. आपके अपने शब्दों में, आपकी दूसरी सबसे महत्वपूर्ण स्वास्थ्य चिंता या समस्या क्या है?				
25. आप किस रोग से पीड़ित हैं?				
सिरदर्द	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	पीठ दर्द	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	नींद में परेशानी
थकान	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	अवसाद (डिप्रेशन)	हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	घबराहट अशांति
			हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	लगातार