

Treating doctor's report (Outside Australia)
Tedaviyi gerçekleştiren doktorun raporu
(Avustralya dışında)

TDR

Patient's details
Hasta bilgileri

Name
Adı

Address
Adresi

Country
Ülke

Date of birth
Doğum Tarihi

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Customer Centrelink Reference Number
Centrelink Müşteri Numarası

 - - -

Instructions for the patient / Hastalar için Talimatlar

This report will be used to assist in determining if you are medically eligible for an Australian Disability Support Pension. Only use this form for medical assessments if you are outside of Australia.

Bu rapor, sizin Avustralya Engellilik Destek Maaşı için tıbbi bakımdan uygun olup olmadığınızı saptamak amacıyla **kullanılacaktır.** Bu formu sadece, tıbbi değerlendirmeler için, Avustralya'nın dışındaysanız, kullanın.

What you should do Yapmanız gerekenler

You should take this report to your treating doctor. Please let your doctor know at the time of making the appointment that you require this report to be completed to assess your eligibility for an Australian Disability Support Pension. You are responsible for any costs in obtaining this report.

You will need to get the completed form from your doctor and return it to International Services in Australia unless your doctor returns it for you.

Bu raporu sizi tedavi eden doktora götürmeniz gerekmektedir. Lütfen doktorunuzdan randevu alırken, doktorunuzu, Avustralya Engellilik Destek Maaşı için uygun olup olmadığınızı değerlendirilmesi için bu raporun doldurulması gerektiği konusunda bilgilendirin. Bu raporu almak için yapacağınız tüm masraflardan siz sorumlu olacaksınız.

Doldurulmuş formu, doktorunuzun sizin için yollaması durumunda, doktorunuzdan almanız ve Avustralya Uluslararası Hizmetler bölümüne yollamanız gerekecektir.

Continued
Devamı



CLK0AUS109TR 2011

Privacy and your personal information

Gizlilik ve kişisel bilgileriniz

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We need to collect this information so we can process and manage your applications and payments, and provide services to you. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

Kişisel bilgilerinizin gizliliği ve güvenliği bizim için önemlidir ve yasa tarafından korunur. Başvurularınızı ve ödemelerinizi işleme koymak ve gereğini yapmak için ve size hizmet vermek için bu bilgileri almamız gerekir. Bilgilerinizi sadece sizin de kabul ettiğiniz veya yasanın izin verdiği ya da gerektirdiği diğer taraflarla paylaşıyoruz. Daha fazla bilgi için servicesaustralia.gov.au/privacy sitesine girin.

Authority to release information

Bilgilerin açıklanması yetkisi

- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any medical information necessary to decide my qualification for pension – from my doctor(s), other health professionals and public or private health facilities I have visited.
- I authorise Services Australia and/or the medical assessor to obtain any information necessary to decide my qualification for pension from any public or private education facilities I have attended or am currently attending.
- I consent to the release by Services Australia of relevant information in this report to service providers to whom I may be referred by Services Australia.
- I consent to any decision of Services Australia to refer me for any further required assessment, upon the recommendation of the medical assessor.
- Emeklilik için yeterliliğime karar vermek üzere Services Australia ve/veya tıbbi bilirkişiye, ziyaret ettiğim doktorumdan (doktorlarımdan), diğer sağlık profesyonellerinden ve kamu veya özel sağlık tesislerinden benim tıbbi bilgilerimi sağlamaları için yetki veriyorum.
- Emeklilik için yeterliliğime karar vermek üzere Services Australia ve/veya tıbbi bilirkişiye, hazır bulunduğum herhangi bir kamu veya özel eğitim tesislerinden benim tıbbi bilgilerimi sağlamaları için yetki veriyorum.
- Services Australia tarafından havale edilebileceğim hizmet sağlayıcılarına bu rapordaki ilgili bilgilerin Services Australia tarafından verilmesi için rıza gösteriyorum.
- Services Australia'nın, tıbbi değerlendirici tavsiyesi üzerine, gerekli daha fazla değerlendirme için beni havale etmesi kararına rıza gösteriyorum.

Patients signature
Hastanın imzası



Date
Tarih

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

About this report

This report will be used to assist in determining if your patient is medically eligible for an Australian Disability Support Pension.

Payment for your report

We have asked your patient to let you know at the time of making their appointment that they require you to complete this form. This is to ensure you have sufficient time for the examination. Your patient has been informed that they are responsible for any costs in obtaining this report.

Completing this report

In this report you will be asked to provide clinical details of the patient's medical conditions. Please complete all the required parts of the form.

Your patient's impairment is to be assessed when they are using or wearing any aids, equipment or assistive technology that they have and usually use (e.g. hearing aids, spectacles, contact lenses or prostheses).

Returning the report to us

Please return this report and any attachments as soon as possible directly to us, or if you prefer, you can give the report and any attachments to your patient to return to us.

About the information that you give us

Confidentiality of Information

The personal information that is provided to you for the purpose of this report must be kept confidential under section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*. It cannot be disclosed to anyone else unless authorised by law.

There are penalties for offences against section 202 of the *Social Security (Administration) Act 1999*.

Release of information

The *Freedom of Information Act 1982* allows for the disclosure of medical or psychiatric information directly to the individual concerned. If there is any information which, if released to your patient, may harm his or her physical or mental well-being, Services Australia can contact you. Please indicate at PART i if you wish Services Australia to contact you. Similarly please specify any other special circumstances which should be taken into account.

Privacy and your personal information

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We collect this information to provide payments and services. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicessaustralia.gov.au/privacy

Doktor için Talimatlar

Bu rapor hakkında

Bu rapor, hastanızın Avustralya Engellilik Destek Maaşı için tıbbi bakımdan uygun olup olmadığını saptamak amacıyla kullanılacaktır.

Raporunuz için ödeme

Hastanızdan, randevusunu alırken sizden bu formu doldurmanızı isteyeceğini size bildirmesini söylemiştik. Bu hatırlatmanın amacı muayenenizde yeterli zamana sahip olmanızı sağlamaktır. Hastanıza bu raporu alması için oluşacak tüm masraflardan kendisinin sorumlu olacağını bildirdik.

Bu raporun doldurulması

Bu raporda, sizden hastanın tıbbi durumuna ilişkin klinik bilgileri belirtmeniz istenecektir. Lütfen formun doldurulması istenen tüm bölümlerini doldurun.

Hastanızın engelliliği, sahip oldukları ve genellikle kullandıkları herhangi bir aygıt, araç-gereç veya yardımcı teknoloji (örneğin: işitme cihazı, gözlük, kontak lensler veya protezler gibi) takarken veya kullanırken değerlendirilecektir.

Raporun bize yollanması

Lütfen bu raporu ve tüm ekli belgelerini, mümkün olduğunca kısa sürede doğrudan bize ulaştırın veya eğer isterseniz raporu ve tüm ekli belgelerini bize iletmesi için hastanıza da verebilirsiniz.

Bize verdiğiniz bilgiler hakkında

Bilgilerin Gizliliği

Bu raporla size verilen kişisel bilgiler, *1999 Sosyal Güvenlik (İdare) Kanunu* 202. maddesi kapsamında gizli bilgi olarak muhafaza edilecektir. Kanunlar tarafından izin verilmediği sürece başka hiç kimseye açıklanamaz.

1999 Sosyal Güvenlik (İdare) Yasası, 202. maddesi kapsamındaki suçlar için yaptırımlar mevcuttur.

Bilgilerin açıklanması

Freedom of Information Act 1982, tıbbi veya psikiyatrik bilgilerin ilgili kişiye doğrudan açıklanmasına izin verir. Hastanıza açıklandığında onun genel bedensel veya akılsal iyilik haline zarar verebilecek herhangi bir bilgi varsa, Services Australia sizinle ilişkiye geçebilir. Services Australia'nın sizinle ilişkiye geçmesini istiyorsanız bunu lütfen i Bölümünde belirtin. Aynı şekilde, hesaba katılması gereken herhangi bir başka özel koşulu da lütfen belirtin.

Gizlilik ve kişisel bilgileriniz

Kişisel bilgilerinizin gizliliği ve güvenliği bizim için önemlidir ve yasa tarafından korunur. Başvurularınızı ve ödemelerinizi işleme koymak ve gereğini yapmak için ve size hizmet vermek için bu bilgileri almamız gerekir. Bilgilerinizi sadece sizin de kabul ettiğiniz veya yasanın izin verdiği ya da gerektirdiği diğer taraflarla paylaşıyoruz. Daha fazla bilgi için servicesaustralia.gov.au/privacy sitesine girin.

3 The diagnosis is:
Tanı:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Onaylandı Tanıyı kim onayladı?

Name

Adı

Qualifications

Yeterlilikleri

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Varsayım Tanıyı doğrulamak için herhangi bir ek araştırma/değerlendirme planlandı mı?

No
Hayır

Yes
Evet

4 What was the date of
diagnosis?
Tanı tarihi neydi?

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

5 What was the date of onset
of symptoms (if known)?
Belirtilerin başlangıç tarihi neydi
(biliniyorsa)?

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

6 What is the prognosis of this
condition?
Give a timeframe, if applicable.
Bu rahatsızlığın sonucuna ilişkin
tahmin nedir?
Mevcut ise, bir zaman çerçevesi verin.

Treatment / Tedavi

7 What treatment is currently
being provided for this
condition (e.g. hospitalisation,
surgery, medication, physical
therapy, rehabilitation, pain
management)?
Provide specific details
(e.g. date of commencement,
frequency and duration of
treatment or rehabilitation, type
and dose of medications).
Şu anda ilgili sağlık durumuna
ilişkin hangi tedavi uygulanmaktadır
(örneğin: hastaneye yatma, ameliyat,
ilaç, fizik tedavi, rehabilitasyon, ağrı
yönetimi gibi)?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin:
başlangıç tarihi, tedavinin veya
rehabilitasyonun sıklığı ve devam
süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

8 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Mevcut tedavi ne kadar etkilidir? Tedaviye yanıt verme ve belirtilerin kontrol altına alınması derecesini belirtin.

9 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Tedavinin tüm yan etkilerini ciddiyeti dahil belirtin.

10 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Geçmişte hangi tedavi uygulandı (örneğin: hastaneye yatma, ameliyat, ilaç, fizik tedavi, rehabilitasyon, ağrı yönetimi gibi)? Belirli ayrıntılar verin (örneğin: başlangıç tarihi, tedavinin veya rehabilitasyonun sıklığı ve devam süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

11 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Hasta sağlık durumuna ilişkin aygıtlar, araç-gereç veya yardımcı teknoloji takıyor veya kullanıyor mu?

No Go to next question

Hayır Sonraki soruya geç

Yes Give details below

Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

12 Is any future treatment planned for this condition?
Bu sağlık durumuyla ilgili olarak gelecekte herhangi bir tedavi planlanıyor mu?

No **Go to 14**
Hayır **14'e git**

Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

13 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Gelecekteki tedavinin beklenen faydası nedir?
Belirtilerde *ve* işlevsel kapasitedeki iyileşmeler hakkında detaylı bilgi verin.

14 Indicate compliance with recommended treatment:
Önerilen tedaviye uyma durumunu belirtin:

Very compliant
Çok uyumlu

Usually compliant
Genellikle uyumlu

Rarely compliant
Nadiren uyumlu

Uncertain
Belirsiz

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Uyum seviyelerini etkileyen uygun tedaviye erişim ve uygulamaya ilişkin konular hakkında detaylı bilgi verin.

Current symptoms / Mevcut belirtiler

15 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Tedavi, yardımlar, ekipman veya yardımcı teknolojiye **rağmen** hangi belirtiler halen daha devam etmektedir?
Ayrıntılı bilgi verin ve belirtilerin şiddeti, sıklığı ve sürelerine de yer verin.

16 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
Tedavi, yardımlar, ekipman veya yardımcı teknolojiye **rağmen**, ilgili sağlık durumunun hastanın yeteneklerini nasıl etkilediğine dair ayrıntılı bilgiler:

A Can the patient complete physically active tasks around their home and community without difficulty?
Hasta ev ve toplum içinde fiziksel olarak aktif görevleri zorlanmadan yerine getirebiliyor mu? No Hayır Yes Evet

B Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities?
Hasta yerel tesislere yürüyebilir mi (veya tekerlekli sandalyede bağımsız olarak hareket edebilir mi)? No Hayır Yes Evet

C Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) to local facilities without stopping to rest?
Hasta yerel tesislere dinlenmek için durmadan yürüyebilir mi (veya tekerlekli sandalyede bağımsız olarak hareket edebilir mi)? No Hayır Yes Evet

D Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) from a carpark into a shopping centre or building without assistance?
Hasta araç parkından bir alışveriş merkezine veya süpermarkete yardım almadan yürüyebilir mi (veya tekerlekli sandalyede bağımsız olarak hareket edebilir mi)? No Hayır Yes Evet

E Can the patient walk (or mobilise independently in a wheelchair) around a shopping centre without assistance?
Hasta bir alışveriş merkezini yardım almadan dolaşabilir mi (veya tekerlekli sandalyede bağımsız olarak hareket edebilir mi)? No Hayır Yes Evet

F Can the patient climb a flight of stairs or mobilise in a wheelchair up a long, sloping ramp?
Hasta, merdiven çıkabilir mi veya tekerlekli sandalyede uzun ve eğimli bir rampada yukarı doğru gidebilir mi? No Hayır Yes Evet

G Can the patient use public transport without assistance?
Hasta, herhangi bir yardım almadan toplu taşımayı kullanabilir mi? No Hayır Yes Evet

H Is the patient physically capable of performing light household activities (e.g. folding and putting away laundry)?
Hasta fiziksel olarak hafif ev işlerini yapabilme becerisine sahip mi? (örneğin; çamaşırların katlanması ve kaldırılması gibi.) No Hayır Yes Evet

I Can the patient perform day to day household activities without difficulty (e.g. changing sheets on a bed or sweeping paths)?
Hasta günlük ev işlerini zorlanmadan gerçekleştirebilir mi (örneğin; yatak çarşaflarını değiştirmek veya yolları süpürmek gibi.)? No Hayır Yes Evet

J Can the patient move around inside the home without assistance?
Hasta, herhangi bir yardım almadan ev içerisinde hareket edebilir mi? No Hayır Yes Evet

K Does the patient require oxygen treatment during the day or to move around?
Hasta gün içinde oksijen tedavisi veya hareket etme ihtiyacı duyuyor mu? No Hayır Yes Evet

L Describe any other impacts.
Diğer tüm etkileri de belirtin.

- 17 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Bu sağlık durumunun iş, eğitim ve öğretim faaliyetlerine katılım ve bunları etkin bir şekilde gerçekleştirebilme becerisine bir etkisi var mı?

- No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç
- Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

- 18 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
- Bu sağlık durumunun hastanın işlevsel yetenekleri üzerindeki etkisinin beklenen devam etme süresi:

- Less than 3 months 3 aydan az
- 3-24 months 3-24 ay arasında
- More than 24 months 24 aydan fazla

- 19 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
- Önümüzdeki 2 yıl içinde, bu sağlık durumunun hastanın işlevsel yetenekleri üzerindeki beklenen etkisi:

- Resolve
Çözümleme
- Significantly improve
Önemli ölçüde iyileşmesi
- Slightly improve
Biraz iyileşmesi
- Fluctuate
İstikrarsızlaşması
- Remain unchanged
Değişmeden kalması
- Deteriorate
Kötüleşmesi
- Uncertain
Belirsiz

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Gelecek 24 ay içerisinde erişilecek işlevsel kapasite hakkında ayrıntılı bilgi verin.

- 20 Is this condition episodic or fluctuating?
- Sağlık durumu aralıklı mı veya inip çıkmalı mı?

- No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç
- Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.

Vakaların sıklığını, süresini ve şiddetini açıklayın veya bu durumun nasıl istikrarsız olduğunu açıklayın. Vakalar veya istikrarsız belirtiler sırasında veya arasındaki çalışma kapasitesi hakkında açıklama ekleyin.

PART B – Conditions impacting spinal function

BÖLÜM B – Belkemiğinin işlevini etkileyen sağlık durumları

PART B should be completed for conditions impacting spinal function including but not limited to: spinal cord injury, spinal stenosis, cervical spondylosis, lumbar radiculopathy, herniated or ruptured disc, spinal cord tumours, and arthritis or osteoporosis involving the spine.

BÖLÜM B, aşağıdakiler dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla belkemiği işlevini etkileyen durumlar için doldurulacaktır: omurilik incinmesi, omurilik daralması, boyun spondilozu, lomber radikülopati, bel fıtığı veya disk kayması, omurilik tümörleri ve artrit veya omurgayı etkileyen osteoporoz.

23 Does the patient have a condition impacting spinal function?

Hastanın belkemiği işlevlerini etkileyen bir sağlık durumu var mı?

No Hayır

▶ **Go to PART C**
BÖLÜM C'ye git

Yes Evet

▶ Give details below
Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.

Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Doktor için Talimatlar

Şayet hastanın birden fazla bu türden bir sağlık durumu mevcut ise, bu durumda işlevsel yeterlilikler üzerinde en *fazla etkiye* neden olan rahatsızlığın detaylarını belirtin.

Diğer sağlık durumlarına ilişkin detaylar BÖLÜM F'de belirtilebilir.

Lütfen aşağıdaki soruları, klinik değerlendirme, test ve tetkik sonuçları ve de güncel bilimsel bilgilere dayanarak cevaplayın.

Tek başına, hastanın kendisi tarafından beyan edilen belirtiler yeterli değildir.

- Attach: • a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
• copies of relevant test and investigation results (e.g. x-rays or other imagery – reports only) along with reports from physiotherapists or other rehabilitation practitioners confirming loss of range of movement in the spine or other effects of the spinal disease or injury, if available.
- Ekle: • genellikle bu sağlık durumunu tedavi eden doktor veya uzman doktordan (şayet siz değilseniz) alınmış bir rapor, ve
• mevcutsa, ilgili test ve inceleme sonuçlarının kopyaları, (örneğin; fizyoterapistlerden veya diğer rehabilitasyon doktorlarından, beldeki hareket kaybına yol açan veya diğer spinal rahatsızlık veya incinmelerin hareket kabiliyetinde kayba yol açtığını doğrulayan raporlarla birlikte röntgen veya diğer görüntüler – sadece raporlar).

Diagnosis / Tanı

24 What is the diagnosis?

Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).

Tanı nedir?

Belirli ayrıntılar verin (örneğin Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırma kodu ve/veya evreleme gibi ilgili verileri de belirtin).

25 The diagnosis is:
Tanı:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Onaylandı Tanıyı kim onayladı?

Name
Adı

Qualifications
Nitelikleri

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Varsayım Tanıyı doğrulamak için herhangi bir ek araştırma/değerlendirme planlandı mı?

No
Hayır

Yes
Evet

26 What was the date of
diagnosis?
Tanı tarihi neydi?

27 What was the date of onset
of symptoms (if known)?
Belirtilerin başlangıç tarihi neydi
(biliniyorsa)?

28 What is the prognosis of this
condition?
Give a timeframe, if applicable.
Bu sağlık durumunun sonucuna ilişkin
tahmin nedir?
Mevcut ise, bir zaman çerçevesi verin.

Treatment / Tedavi

29 What treatment is currently
being provided for this
condition (e.g. hospitalisation,
surgery, medication, physical
therapy, rehabilitation, pain
management)?
Provide specific details
(e.g. date of commencement,
frequency and duration of
treatment or rehabilitation, type
and dose of medications).
Şu anda ilgili sağlık durumuna
ilişkin hangi tedavi uygulanmaktadır
(örneğin: hastaneye yatma, ameliyat,
ilaç, fizik tedavi, rehabilitasyon, ağrı
yönetimi gibi)?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin:
başlangıç tarihi, tedavinin veya
rehabilitasyonun sıklığı ve devam
süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

30 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Mevcut tedavi ne kadar etkilidir?
Tedaviye yanıt verme ve belirtilerin kontrol altına alınması derecesini belirtin.

31 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Tedavinin tüm yan etkilerini şiddeti ile belirtin.

32 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Geçmişte hangi tedavi uygulandı (örneğin: hastaneye yatma, ameliyat, ilaç, fizik tedavi, rehabilitasyon, ağrı yönetimi gibi)?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin: başlangıç tarihi, tedavinin veya rehabilitasyonun sıklığı ve devam süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

33 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Hasta sağlık durumuna ilişkin aygıtlar, araç-gereç veya yardımcı teknoloji takıyor mu veya kullanıyor mu?

No Go to next question

Hayır Sonraki soruya geç

Yes Give details below

Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

34 Is any future treatment planned for this condition?
Bu sağlık durumuyla ilgili olarak gelecekte herhangi bir tedavi planlanıyor mu?

No **Go to 36**
Hayır **36'ya git**

Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

35 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Gelecekteki tedavinin beklenen faydası nedir?
Belirtilerdeki *ve* işlevsel kapasitedeki iyileşmeler hakkında detaylı bilgi verin.

36 Indicate compliance with recommended treatment:
Önerilen tedaviye uyma durumunu belirtin:

Very compliant
Çok uyumlu

Usually compliant
Genellikle uyumlu

Rarely compliant
Nadiren uyumlu

Uncertain
Belirsiz

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Uyum seviyelerini etkileyen uygun tedaviye erişim ve uygulamaya ilişkin konular hakkında detaylı bilgi verin.

Current symptoms / Mevcut belirtiler

37 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Tedavi, yardımlar, ekipman veya yardımcı teknolojiye **rağmen** hangi belirtiler halen daha devam etmektedir?
Ayrıntılı bilgi verin ve belirtilerin şiddeti, sıklığı ve sürelerine de yer verin.

<p>38 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function despite treatment, aids, equipment or assistive technology:</p> <p>Note: Answers should reflect limitations from the spinal condition only. Answers should NOT reflect limitations from any other condition (e.g. an upper or lower limb condition). Tedavi, yardımlar, ekipman veya yardımcı teknolojiye rağmen, ilgili sağlık durumunun hastanın yeteneklerini nasıl etkilediğine dair ayrıntılı bilgiler:</p> <p>Not: Yanıtlar, sadece belkemiğine ait durumlardan kaynaklanan sınırlamaları yansıtmalıdır. Yanıtlar başka sağlık durumlarından kaynaklanan sınırlamaları YANSITMAMALIDIR (örneğin: üst veya alt ekstremiteden kaynaklanan sağlık durumları).</p>	<p>A Is there any restriction of forward flexion of the thoracolumbar spine? Torakolomber omurganın öne eğilmesinde herhangi bir kısıtlama var mı?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to E Hayır E'e git</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to B Evet B'e git</p>
	<p>B Can the patient bend to knee level and straighten up again without difficulty? Hasta zorlanmadan diz seviyesine kadar eğilebiliyor ve tekrar kalkabiliyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>C Can the patient bend forward to pick up a light object at knee height? Hasta, diz hizası yüksekliğindeki hafif bir nesneyi kaldırmak için öne doğru eğilebiliyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>D Can the patient bend forward to pick up a light object from a desk or table? Hasta, bir masa veya tezgahdan hafif bir nesneyi kaldırmak için öne doğru eğilebiliyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>E Is there any restriction of thoracolumbar spine rotation? Torakolomber omurga dönüşü için herhangi bir kısıtlama var mı?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>F Is there any restriction of cervical spine rotation or extension? Servikal omurga dönüşü veya uzanması için herhangi bir kısıtlama var mı?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to K Hayır K'e git</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to G Evet G'e git</p>
	<p>G Can the patient perform any overhead activities? Hasta kafa seviyesi üzerindeki faaliyetleri gerçekleştirebiliyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>H Can the patient perform overhead activities without difficulty? Hasta kafa seviyesi üzerindeki faaliyetleri zorlanmadan gerçekleştirebiliyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>I Does the patient have some difficulty with overhead activities? Hasta kafa seviyesi üzerindeki faaliyetlerde zorluk çekiyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>J Can the patient sustain overhead activities? Hasta kafa seviyesi üzerindeki faaliyetleri sürdürebiliyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>K Is there restriction of some or all cervical spine movements? Servikal hareketlerden bazılarında veya tümünde herhangi bir kısıtlama var mı?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to P Hayır P'e git</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to L Evet L'e git</p>
	<p>L Does the patient have some difficulty with cervical spine movements? Hasta servikal omurga hareketlerinde bazı zorluklar yaşıyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>M Does the patient have difficulty with cervical spine movements in all directions? Hasta her yöne gerçekleştirdiği servikal omurga hareketlerinde zorluklar yaşıyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>N Is there complete loss of cervical spine rotation? Servikal omurga dönüşünde tam kayıp söz konusu mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>O Is there complete loss of cervical spine forward flexion? Servikal omurganın öne eğilmesinde tam kayıp söz konusu mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>
	<p>P Is the patient able to remain seated for more than 30 minutes? Hasta 30 dakikadan fazla süreyle oturur vaziyette kalabiliyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Go to Q Hayır Q'e git</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> Go to R Evet R'e git</p>
<p>Q Is the patient able to remain seated for more than 10 minutes? Hasta 10 dakikadan fazla süreyle oturur vaziyette kalabiliyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>	
<p>R Is the patient able to get up out of a chair without assistance? Hasta, yardım almadan bir sandalyeden kalkabiliyor mu?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>	
<p>S Does the patient have sufficient spinal movement to complete basic activities of daily living (e.g. dressing, bathing, showering or light housework)? Kişi günlük yaşamdaki temel faaliyetleri gerçekleştirmek için yeterli spinal harekete sahip mi (örneğin; giyinme, banyo yapma, duş alma veya hafif ev işleri gibi.)?</p>	<p>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Hayır Evet</p>	

T Is the patient completely unable to perform activities involving spinal function?
Hasta, spinal işlevle alakalı faaliyetleri yapmaktan tamamen aciz mi?

No Yes
Hayır Evet

U Describe any other impacts.
Diğer tüm etkileri de belirtin.

39 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Bu sağlık durumunun iş, eğitim ve öğretim faaliyetlerine katılım ve bunları etkin bir şekilde gerçekleştirebilme becerisine bir etkisi var mı?

No **Go to next question**
Hayır **Sonraki soruya geç**

Yes **Give details below**
Evet **Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz**

40 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Bu sağlık durumunun hastanın işlevsel yetenekleri üzerindeki etkisinin beklenen süresi:

Less than 3 months
3 aydan az

3-24 months
3-24 ay arasında

More than 24 months
24 aydan fazla

41 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:

Önümüzdeki 2 yıl içinde, bu sağlık durumunun hastanın işlevsel yetenekleri üzerinde şu etkiyi yapması beklenmektedir:

Resolve
Çözümleme

Significantly improve
Önemli ölçüde iyileşmesi

Slightly improve
Biraz iyileşmesi

Fluctuate
İstikrarsızlaşması

Remain unchanged
Değişmeden kalması

Deteriorate
Kötüleşmesi

Uncertain
Belirsiz

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Gelecek 24 ay içerisinde erişilecek işlevsel kapasite hakkında ayrıntılı bilgi verin.

42 Is this condition episodic or fluctuating?
Sağlık durumu aralıklı mı veya inip çkmalı mı?

No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Evet Vakaların sıklığıını, süresini ve şiddetini açıklayın veya bu durumun nasıl istikrarsız olduğunu açıklayın. Vakalar veya istikrarsız belirtiler sırasında veya arasındaki çalışma kapasitesini hakkında açıklama ekleyin.

Other information / Diğer bilgiler

43 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
İlgili sağlık durumunun geçmişi.
Altında yatan nedenler ve faktörler hakkında detaylı bilgi verin.

44 Provide any additional comments about this condition.
Sağlık durumuna ilişkin tüm ek yorumları ekleyiniz.

47 The diagnosis is:
Tanı:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Onaylandı Tanıyı kim onayladı?

Name
Adı

Qualifications
Yeterlilikleri

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Varsayım Tanıyı doğrulamak için herhangi bir ek araştırma/değerlendirme planlandı mı?

No
Hayır

Yes
Evet

48 What was the date of
diagnosis?
Tanı tarihi neydi?

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

49 What was the date of onset
of symptoms (if known)?
Belirtilerin başlangıç tarihi neydi
(biliniyorsa)?

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

50 What is the prognosis of this
condition?
Give a timeframe, if applicable.
Bu sağlık durumunun sonucuna ilişkin
tahmin nedir?
Mevcut ise, bir zaman çerçevesi verin.

Treatment / Tedavi

51 What treatment is currently
being provided for this
condition (e.g. hospitalisation,
surgery, medication, physical
therapy, rehabilitation, pain
management)?
Provide specific details
(e.g. date of commencement,
frequency and duration of
treatment or rehabilitation, type
and dose of medications).
Şu anda ilgili sağlık durumuna
ilişkin hangi tedavi uygulanmaktadır
(örneğin: hastaneye yatma, ameliyat,
ilaç, fizik tedavi, rehabilitasyon, ağrı
yönetimi gibi)?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin:
başlangıç tarihi, tedavinin veya
rehabilitasyonun sıklığı ve devam
süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

- 52 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Mevcut tedavi ne kadar etkilidir?
Tedaviye yanıt verme ve belirtilerin kontrol altına alınması derecesini belirtin.

- 53 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Tedavinin tüm yan etkilerini şiddeti ile belirtin.

- 54 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Geçmişte hangi tedavi uygulandı (örneğin: hastaneye yatma, ameliyat, ilaç, fizik tedavi, rehabilitasyon, ağrı yönetimi gibi)?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin: başlangıç tarihi, tedavinin veya rehabilitasyonun sıklığı ve devam süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

- 55 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Hasta sağlık durumuna ilişkin aygıtlar, araç-gereç veya yardımcı teknoloji takıyor veya kullanıyor mu?

- No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç
- Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

56 Is any future treatment planned for this condition?
Bu sağlık durumuyla ilgili olarak gelecekte herhangi bir tedavi planlanıyor mu?

No **Go to 58**
Hayır **58'e git**

Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

57 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Gelecekteki tedavinin beklenen faydası nedir?
Belirtilerde *ve* işlevsel kapasitedeki iyileşmeler hakkında detaylı bilgi verin.

58 Indicate compliance with recommended treatment:
Önerilen tedaviye uyma durumunu belirtin:

Very compliant
Çok uyumlu

Usually compliant
Genellikle uyumlu

Rarely compliant
Nadiren uyumlu

Uncertain
Belirsiz

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Uyum seviyelerini etkileyen uygun tedaviye erişim ve uygulamaya ilişkin konular hakkında detaylı bilgi verin.

Current symptoms / Mevcut belirtiler

59 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.

Tedavi, aygıtlar, araç-gereç veya yardımcı teknolojiye **rağmen** hangi belirtiler halen daha devam etmektedir?

Ayrıntılı bilgi verin ve belirtilerin şiddeti, sıklığı ve sürelerine de yer verin.

60 Which limb is affected?
Hangi uzuv etkilenmiştir?

Left
Sol

Right
Sağ

61 Is the patient left or right dominant?
Hasta sol elini mi sağ elini mi kullanıyor?

Left
Sol

Right
Sağ

- 62** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
Tedavi, yardımlar, ekipman veya yardımcı teknolojiye **rağmen**, ilgili sağlık durumunun hastanın yeteneklerini nasıl etkilediğine dair ayrıntılı bilgiler:
- A** Can the patient pick up, handle, manipulate and use most objects encountered on a daily basis without difficulty?
Hasta, günlük hayatında karşılaştığı nesnelere zorlanmadan kaldırılabiliyor, tutabiliyor, hareket ettirebiliyor ve kullanabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- B** Can the patient pick up heavier objects without difficulty (e.g. a 2 litre carton of liquid or a full shopping bag)?
Hasta ağır nesnelere zorlanmadan kaldırılabiliyor mu (örneğin; sıvı dolu 2 litrelik karton kutu veya tam dolu bir alışveriş çantası)? No Yes
Hayır Evet
- C** Can the patient handle very small objects without difficulty (e.g. coins)?
Hasta küçük nesnelere zorlanmadan tutabiliyor mu (örneğin bozuk paralar)? No Yes
Hayır Evet
- D** Can the patient do up buttons without difficulty?
Hasta düğmelerini zorlanmadan ilikleyebiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- E** Can the patient reach up or out to pick up objects without difficulty?
Hasta nesnelere zorlanmadan ulaşabiliyor veya uzanabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- F** Can the patient pick up a 1 litre carton of liquid without difficulty?
Hasta sıvı içeren 1 litrelik bir kutuyu zorlanmadan kaldırılabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- G** Can the patient pick up light objects using 2 hands together without difficulty?
Hasta iki elini birlikte kullanarak hafif nesnelere zorlanmadan alabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- H** Can the patient hold and use a pen or pencil without difficulty?
Hasta bir tükenmez veya kurşun kalem zorlanmadan tutabiliyor ve kullanabiliyor mu? No **Go to I**
Hayır **I'e git**
Yes **Go to J**
Evet **J'e git**
- I** The degree of difficulty to hold and use a pen or pencil is (tick one):
Bir tükenmez veya kurşun kalemin tutulması ve kullanılmasındaki zorluk derecesi (birini işaretleyin): Mild Moderate Severe
Hafif Orta Şiddetli
- J** Can the patient use a standard keyboard without difficulty?
Hasta standart bir klavyeyi zorlanmadan kullanabiliyor mu? No **Go to K**
Hayır **K'e git**
Yes **Go to L**
Evet **L'e git**
- K** Can the patient use a computer keyboard with appropriate adaptations without difficulty?
Hasta uygun adaptasyonlara sahip bir bilgisayar klavyesini zorlanmadan kullanabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- L** Can the patient unscrew a lid on a soft-drink bottle without difficulty?
Hasta, meşrubat şişesinin kapağını zorlanmadan çevirerek açabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- M** Does the patient have an amputation rendering a hand or arm non-functional?
Hastanın, bir eli veya kolunu işlevsiz hale getiren herhangi bir amputasyonu var mı? No Yes
Hayır Evet
- N** Does the patient have limited movement or coordination in either their hands or arms severely limiting activities (**Note:** Both hands or both arms)?
Hastanın ellerinde veya kollarında ciddi şekilde hareketlerini sınırlayan, kısıtlı hareket veya koordinasyon var mı (**Not:** Her iki el veya her iki kol)? No Yes
Hayır Evet
- O** Does the patient use or wear any prosthesis or assistive device?
Hasta herhangi bir protez veya yardımcı araç kullanıyor veya taşıyor mu? No **Go to R**
Hayır **R'e git**
Yes **Go to P**
Evet **P'e git**
- P** Is there any difficulty handling, moving or carrying most objects?
Nesnelerin çoğunu tutma, hareket ettirme veya taşımada herhangi bir zorluk var mı? No **Go to R**
Hayır **R'e git**
Yes **Go to Q**
Evet **Q'e git**

Q The degree of difficulty handling, moving or carrying most objects is (tick one):
Nesnelerin çoğunu tutma, hareket ettirme veya taşımadaki zorluk derecesi (Birini seçin):

Mild
Hafif

Moderate
Orta

Severe
Şiddetli

R Can the patient turn the pages of a book without difficulty and without assistance?
Hasta bir kitabın sayfalarını zorlanmadan ve yardım olmadan çevirebiliyor mu?

No **Go to S**
Hayır **Şe git**

Yes **Go to T**
Evet **Te git**

S The degree of difficulty turning the pages of a book without assistance is (tick one):
Bir kitabın sayfalarını yardım olmadan çevirirken karşılaşılan zorluk derecesi (birini seçin):

Mild
Hafif

Moderate
Orta

Severe
Şiddetli

T Does the patient have no capacity to use either their hands or arms
(**Note:** Both hands or both arms)?
Hastanın ellerini veya kollarını kullanma kapasitesi yok mu?
(**Not:** Her iki el veya her iki kol)?

No
Hayır

Yes
Evet

U Describe any other impacts.
Diğer tüm etkileri de belirtin.

63 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Bu sağlık durumunun iş, eğitim ve öğretim faaliyetlerine katılım ve bunları etkin bir şekilde gerçekleştirebilme becerisine bir etkisi var mı?

No **Go to next question**
Hayır **Sonraki soruya geç**

Yes **Give details below**
Evet **Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz**

64 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Bu sağlık durumunun hastanın işlevsel yetenekleri üzerindeki etkisinin devam etmesi beklenen süre:

Less than 3 months
3 aydan az

3-24 months
3-24 ay arasında

More than 24 months
24 aydan fazla

65 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Önümüzdeki 2 yıl içinde, bu sağlık durumunun hastanın işlevsel yetenekleri üzerinde şu etkiyi yapması beklenmektedir:

- Resolve
Çözümleme
- Significantly improve
Önemli ölçüde iyileşmesi
- Slightly improve
Biraz iyileşmesi
- Fluctuate
İstikrarsızlaşması
- Remain unchanged
Değişmeden kalması
- Deteriorate
Kötüleşmesi
- Uncertain
Belirsiz

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Gelecek 24 ay içerisinde erişilecek işlevsel kapasite hakkında ayrıntılı bilgi verin.

66 Is this condition episodic or fluctuating?
Sağlık durumu aralıklı mı veya inip çikmalı mı?

- No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç
- Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Evet Aralıkların sıklığını, süresini ve şiddetini açıklayın veya bu durumun nasıl inip çikmalı olduğunu açıklayın. Aralıklar veya inip çikmalı belirtiler sırasında veya arasındaki çalışma kapasitesi hakkında açıklama ekleyin.

Other information / Diğer bilgiler

67 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
İlgili sağlık durumunun geçmişi.
Altında yatan nedenler ve faktörler hakkında detaylı bilgi verin.

68 Provide any additional comments about this condition.
Sağlık durumuna ilişkin tüm ilave açıklamaları ekleyiniz.

76 How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Mevcut tedavi ne kadar etkilidir?
Tedaviye yanıt verme ve belirtilerin kontrol altına alınma derecesini belirtin.

77 Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Tedavinin tüm yan etkilerini şiddeti ile belirtin.

78 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Geçmişte hangi tedavi uygulandı (örneğin: hastaneye yatma, ameliyat, ilaç, fizik tedavi, rehabilitasyon, ağrı yönetimi gibi)?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin: başlangıç tarihi, tedavinin veya rehabilitasyonun sıklığı ve devam süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

79 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?
Hasta sağlık durumuna ilişkin aygıtlar, araç-gereç veya yardımcı teknoloji takıyor veya kullanıyor mu?

No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç
Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

80 Is any future treatment planned for this condition?
Bu sağlık durumuyla ilgili olarak gelecekte herhangi bir tedavi planlanıyor mu?

No **Go to 82**
Hayır **82'ye git**

Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

81 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Gelecekteki tedavinin beklenen faydası nedir?
Belirtilerdeki ve işlevsel kapasitedeki iyileşmeler hakkında detaylı bilgi verin.

82 Indicate compliance with recommended treatment:
Önerilen tedaviye uyma durumunu belirtin:

Very compliant
Çok uyumlu

Usually compliant
Genellikle uyumlu

Rarely compliant
Nadiren uyumlu

Uncertain
Belirsiz

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Uyum seviyelerini etkileyen uygun tedaviye erişim ve uygulamaya ilişkin konular hakkında detaylı bilgi verin.

Current symptoms / Mevcut belirtiler

83 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Tedavi, aygıtlar, araç-gereç veya yardımcı teknolojiye **rağmen** hangi belirtiler halen daha devam etmektedir?
Ayrıntılı bilgi verin ve belirtilerin şiddeti, sıklığı ve sürelerine de yer verin.

- 84** Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology:
Tedavi, aygıtlar, araç-gereç veya yardımcı teknolojiye **rağmen**, ilgili sağlık durumunun hastanın yeteneklerini nasıl etkilediğine dair ayrıntılı bilgiler:
- A** Does the patient have difficulty walking?
Hastanın yürüme gücünü var mı? No **Go to I**
Hayır **I'ye git** Yes **Go to B**
Evet **B'ye git**
- B** Can the patient walk to local facilities without difficulty?
Hasta yerel tesislere zorlanmadan yürüyebiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- C** Can the patient walk without difficulty around a shopping mall or supermarket without a rest?
Hasta bir alışveriş merkezinde veya süpermarkette zorlanmadan ve dinlenmeden yürüyebiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- D** How far can the patient walk outside their home?
Hasta kendi evinden ne kadar uzağa yürüyebiliyor?
- E** Does the patient need to drive or use other transport to get to local shops and facilities?
Hastanın, yerel mağazalar ve tesislere ulaşmak için araç sürmesi veya diğer ulaşım araçlarını kullanması gerekiyor mu? No Yes
Hayır Evet
- F** Does the patient need assistance to walk around a shopping centre or supermarket?
Hasta, bir alışveriş merkezi veya süpermarkette dolaşmak için yardıma ihtiyaç duyuyor mu? No Yes
Hayır Evet
- G** Does the patient need assistance to walk from a car park into a shopping centre or supermarket?
Hasta, araç parkından bir alışveriş merkezine veya süpermarkete yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyor mu? No Yes
Hayır Evet
- H** Is the patient unable to mobilise independently?
Hasta bağımsız olarak hareket edemiyor mu? No Yes
Hayır Evet
- I** Does the patient use a lower limb prosthesis or a walking stick?
Hasta herhangi bir alt ekstremite protezi veya bir baston kullanıyor mu? No **Go to K**
Hayır **K'ye git** Yes **Go to J**
Evet **J'ye git**
- J** Can the patient mobilise effectively using the prosthesis or walking stick?
Hasta protez veya baston kullanarak etkin bir şekilde hareket edilebiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- K** Does the patient use a wheelchair?
Hasta tekerlekli sandalye kullanıyor mu? No **Go to N**
Hayır **N'ye git** Yes **Go to L**
Evet **L'ye git**
- L** Can the patient use the wheelchair independently?
Hasta tekerlekli sandalyeyi bağımsız olarak kullanabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- M** Can the patient transfer to and from the wheelchair without assistance?
Hasta tekerlekli sandalyeye yardım almadan oturabiliyor veya kalkabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- N** Does the patient use walking aids (e.g. quad stick, crutches or walking frame)?
Hasta herhangi bir yürüme aygıtı kullanıyor mu (örneğin dörtlü baston, koltuk desteği veya yürüme desteği)? No **Go to Q**
Hayır **Q'ye git** Yes **Go to O**
Evet **O'ye git**
- O** Does the patient move around independently using walking aids?
Hasta yürüme aygıtları kullanarak etrafta bağımsız olarak hareket edilebiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- P** Does the patient require assistance to move around using walking aids, (i.e. need assistance from another person to walk on some surfaces)?
Hasta, (örneğin bazı yüzeylerde yürümek için başka birinin yardımı gibi) hareket etmek için yürüme desteği aygıtına ihtiyaç duyuyor mu? No Yes
Hayır Evet
- Q** Can the patient stand unaided for at least 10 minutes?
Hasta en az 10 dakika boyunca yardımsız ayakta durabiliyor mu? No **Go to R**
Hayır **R'ye git** Yes **Go to S**
Evet **S'ye git**

- R** Can the patient stand unaided for 5-10 minutes?
Hasta 5-10 dakika boyunca yardımsız ayakta durabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- S** Can the patient stand up from a sitting position without assistance?
Hasta hiçbir yardım almadan oturur pozisyondan ayağa kalkabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- T** Can the patient use stairs without difficulty?
Hasta merdivenleri zorlanmadan kullanabiliyor mu? No **Go to U**
Hayır **U'ya git**
Yes **Go to W**
Evet **W'ye git**
- U** Does the patient have some difficulty climbing stairs?
Hasta merdivenleri çıkmakta biraz zorluk çekiyor mu? No Yes
Hayır Evet
- V** Is the patient unable to use stairs or steps without assistance?
Hasta hiçbir yardım olmadan merdivenleri veya basamakları kullanamıyor mu? No Yes
Hayır Evet
- W** Can the patient kneel or squat and rise back up to a standing position without difficulty?
Hasta, diz çökebiliyor veya çömebiliyor ve daha sonra zorlanmadan tekrar ayakta durur pozisyona geçebiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- X** Can the patient use a motor vehicle?
Hasta motorlu araç kullanabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- Y** Can the patient use public transport without assistance?
Hasta, herhangi bir yardım almadan toplu taşımayı kullanabiliyor mu? No Yes
Hayır Evet
- Z** Describe any other impacts.
Diğer tüm etkileri de belirtin.

- 85** Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Bu sağlık durumunun iş, eğitim ve öğretim faaliyetlerine katılım ve bunları etkin bir şekilde gerçekleştirebilme becerisine bir etkisi var mı?

- No **Go to next question**
Hayır **Sonraki soruya geç**
- Yes **Give details below**
Evet **Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz**

- 86** The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Bu sağlık durumunun hastanın işlevsel yetenekleri üzerindeki etkisinin beklenen devam etme süresi:

- Less than 3 months
3 aydan az
- 3-24 months
3-24 ay arasında
- More than 24 months
24 aydan fazla

87 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Önümüzdeki 2 yıl içinde, bu sağlık durumunun hastanın işlevsel yetenekleri üzerinde şu etkiyi yapması beklenmektedir:

- Resolve
Çözümleme
- Significantly improve
Önemli ölçüde iyileşmesi
- Slightly improve
Biraz iyileşmesi
- Fluctuate
İstikrarsızlaşması
- Remain unchanged
Değişmeden kalması
- Deteriorate
Kötüleşmesi
- Uncertain
Belirsiz

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Gelecek 24 ay içerisinde erişilecek işlevsel kapasite hakkında ayrıntılı bilgi verin.

88 Is this condition episodic or fluctuating?
Sağlık durumu aralıklı mı veya iniş çıkışlı mı?

- No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç
- Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Evet Aralıkların sıklığını, süresini ve şiddetini açıklayın veya bu durumun nasıl istikrarsız olduğunu açıklayın. Aralıklar veya iniş çıkışlı belirtiler sırasında veya arasındaki çalışma kapasitesi hakkında açıklama ekleyin.

Other information / Diğer bilgiler

89 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
İlgili sağlık durumunun geçmişi.
Altında yatan nedenler ve faktörler hakkında detaylı bilgi verin.

90 Provide any additional comments about this condition.
Sağlık durumuna ilişkin tüm ilave açıklamaları ekleyiniz.

PART E – Psychiatric and psychological conditions

BÖLÜM E – Psikiyatrik ve psikolojik rahatsızlıklar

PART E should be completed for mental health conditions including but not limited to: chronic depressive/anxiety disorders, schizophrenia, bipolar affective disorder, eating disorders, somatoform disorders, pathological personality disorders, post traumatic stress disorder, attention deficit hyperactivity disorder manifesting with predominantly behavioural problems, and behavioural problems related to acquired brain injury/ frontal lobe syndrome.

BÖLÜM E Bu, aşağıdakiler dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla akıl sağlığı durumları için doldurulacaktır: kronik depresyon/anksiyete bozuklukları, şizofreni, bipolar affektif bozukluk, yeme bozuklukları, somatoform bozuklukları, patolojik kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, ağırlıklı olarak davranış sorunları ile tezahür eden dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yaşanan beyin hasarı/ön lob belirtisine bağlı olarak yaşanan davranış sorunları.

- 91 Does the patient have a psychiatric or psychological condition?
Hastanın psikiyatrik veya psikolojik bir sağlık sorunu var mı?
- No **Go to PART F**
Hayır **BÖLÜM F'ye git**
- Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

Instructions for the doctor

If the patient has more than one condition of this type, provide details here for the condition that causes the *greatest* impact on ability to function. Details of other conditions can be provided at PART F.

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.


Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Doktor için Talimatlar

Şayet hastanın birden fazla bu türden bir sağlık sorunu mevcut ise, bu durumda işlevsel yeterlilikler üzerinde en *fazla etkiye* neden olan detayları belirtin. Diğer sağlık sorunlarına ilişkin detaylar BÖLÜM F'de belirtilebilir.

Lütfen aşağıdaki soruları, klinik değerlendirme, test ve tetkik sonuçları ve de güncel bilimsel bilgilere dayanarak cevaplayın.

Tek başına, hastanın kendisi tarafından beyan edilen belirtiler yeterli değildir.

-  Attach a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you).
Genellikle bu sağlık sorununu tedavi eden doktor veya uzman dokordan (şayet siz değilseniz) alınmış bir rapor ekleyin.

Diagnosis / Tanı

- 92 What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code or the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders code).
Tanı nedir?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırma kodu veya Tanısal ve İstatistiksel Akılsal Bozukluklar kodu El Kitabı gibi).

93 The diagnosis is:
Tanı:

Confirmed Go to next question
Onaylandı Sonraki soruya geç

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Varsayım Tanıyı doğrulamak için herhangi bir ek araştırma/değerlendirme planlandı mı?

No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç

Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

94 Has the diagnosis of this condition been made by a consultant psychiatrist?
İlgili sağlık sorununun tanısı bir danışman psikiyatrist tarafından mı yapılmıştır?

No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç

Yes Provide details of the treating psychiatrist
Evet Tedaviyi gerçekleştiren psikiyatristin ayrıntılarını sağlayın.

Name

Adı

--

Qualifications

Nitelikleri

--

Address

Adresi

Country Ülke

Phone number

Telefon numarası

Country ()	Area code ()
Ülke ()	Bölge kodu ()

Date(s) the patient has consulted the psychiatrist.

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Hastanın psikiyatriste danıştığı tarih(ler).

Dörtten fazla ise, ilk konsültasyon tarihini ve en son konsültasyon tarihini ekleyin.



Attach a report from this treating psychiatrist. This report MUST be attached.
Tedaviyi gerçekleştiren psikiyatristten bir rapor ekleyin. Bu raporun eklenmesi GEREKMEKTEDİR.

► Go to 97
97'ye git

95 Has the diagnosis been made by the patient's treating doctor?
Tanı hastayı tedavi eden doktor tarafından mı koyuldu?

No ► Go to next question
Hayır ► Sonraki soruya geç

Yes ► Provide details of the treating doctor
Evet ► Tedaviyi gerçekleştiren doktorun ayrıntılarını sağlayın

Name

Adı

Qualifications

Nitelikleri

Address

Adresi

Country
Ülke

Phone number

Telefon numarası

Country () Area code ()
Ülke Bölge kodu

Date(s) the patient has consulted this medical practitioner.

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Hastanın bu pratisyen hekime danıştığı tarih(ler).

Dörtten fazla ise, ilk konsültasyon tarihini ve en son konsültasyon tarihini ekleyin.



Attach a report from this treating doctor. This report MUST be attached.

Tedaviyi gerçekleştiren ilgili doktordan bir rapor ekleyin. Bu raporun eklenmesi GEREKMEKTEDİR.

► Go to next question
► Sonraki soruya geç

96 Has the diagnosis been confirmed by a clinical psychologist (i.e. a psychologist with specialised qualifications which legally entitle them to diagnose and treat psychiatric and psychological conditions in their country/countries of practice)?

Tanı, bir klinik psikolog tarafından doğrulandı mı (örneğin: çalıştığı ülkede/ülkelerde psikiyatrik ve psikolojik sorunların tanı ve tedavisini gerçekleştirmek için yasal olarak uzmanlık niteliklerine sahip bir psikolog?)

No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç

Yes Provide details of the clinical psychologist
Evet İlgili klinik psikoloğun ayrıntılarını sağlayın

Name
Adı

Qualifications
Nitelikleri

Address
Adresi

Country
Ülke

Phone number
Telefon numarası

Country () Area code ()
Ülke Bölge kodu

Date(s) the patient has consulted this clinical psychologist.

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl


If more than 4, include date of first consultation and date of most recent consultation.

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Hastanın bu klinik psikoloğa danıştığı tarih(ler).

Dörtten fazla ise, ilk konsültasyon tarihini ve en son konsültasyon tarihini ekleyin.

 Attach a report from this clinical psychologist. This report MUST be attached.
İlgili klinik psikologdan bir rapor ekleyin. Bu raporun eklenmesi GEREKMEKTEDİR.

► Go to next question
Sonraki soruya geç

97 What was the date of diagnosis?
Tanı tarihi neydi?

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

98 What was the date of onset of symptoms (if known)?
Belirtilerin başlangıç tarihi neydi (biliniyorsa)?

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

99 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
İlgili sağlık sorununa ilişkin prognoz nedir?
Mevcut ise, bir zaman çerçevesi verin.

- 100** What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, medication, counselling, cognitive behavioural therapy, rehabilitation)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Şu anda ilgili sağlık sorununa ilişkin hangi tedavi uygulanmaktadır (örneğin: hastaneye yatma, ilaç, danışma, kavramsal davranış terapisi, rehabilitasyon gibi)?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin: başlangıç tarihi, tedavinin veya rehabilitasyonun sıklığı ve devam süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

- 101** How effective is current treatment?
Describe response to treatment and degree of control of symptoms.
Mevcut tedavi ne kadar etkilidir?
Tedaviye yanıt verme ve belirtilerin kontrol altına alınması derecesini belirtin.

- 102** Describe any adverse effects of treatment, including severity.
Tedavinin tüm ters etkilerini şiddeti ile belirtin.

- 103** What treatment has been undertaken in the past (e.g. medication, counselling, cognitive behavioural therapy, rehabilitation)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Geçmişte hangi tedavi uygulandı (örneğin: ilaç, danışma, kavramsal davranış terapisi, rehabilitasyon gibi)?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin: başlangıç tarihi, tedavinin veya rehabilitasyonun sıklığı ve devam süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

104 Has the patient been hospitalised for this condition?
Hasta bu sağlık sorunuyla ilgili olarak hastaneye yatırıldı mı?

No **Go to next question**
Hayır **Sonraki soruya geç**

Yes **Give details below, beginning with the most recent**
Evet **En güncel olandan başlayarak, aşağıda ayrıntılı bilgiler verin**

1	Condition (diagnosis) Sağlık sorunu (tanı)	<input type="text"/>
	Date of admission Hastaneye yatış tarihi	Day/Gn / Month/Ay / Year/Yıl <input type="text"/>
	Duration Sre	<input type="text"/>
	Reason Neden	<input type="text"/>
	Name of institution Kurum Adı	<input type="text"/>

2	Condition (diagnosis) Sağlık sorunu (tanı)	<input type="text"/>
	Date of admission Hastaneye yatış tarihi	Day/Gn / Month/Ay / Year/Yıl <input type="text"/>
	Duration Sre	<input type="text"/>
	Reason Neden	<input type="text"/>
	Name of institution Kurum Adı	<input type="text"/>

3	Condition (diagnosis) Sağlık sorunu (tanı)	<input type="text"/>
	Date of admission Hastaneye yatış tarihi	Day/Gn / Month/Ay / Year/Yıl <input type="text"/>
	Duration Sre	<input type="text"/>
	Reason Neden	<input type="text"/>
	Name of institution Kurum Adı	<input type="text"/>

If the patient has been hospitalised more than 3 times, attach a separate sheet with details.
şayet hasta 3 kereden fazla hastaneye yatırıldıysa ayrıntıları ieren ayrı bir sayfa ekleyin.

105 Is any future treatment planned for this condition?
Bu sağlık durumuyla ilgili olarak gelecekte herhangi bir tedavi planlanıyor mu?

No **Go to 107**
Hayır **107'ye git**

Yes **Give details below**
Evet **Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

106 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Gelecekteki tedavinin beklenen faydası nedir?
Belirtilerdeki *ve* işlevsel kapasitedeki iyileşmeler hakkında detaylı bilgi verin.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

107 Indicate compliance with recommended treatment:
Önerilen tedaviye uyma durumunu belirtin:

Very compliant
Çok uyumlu

Usually compliant
Genellikle uyumlu

Rarely compliant
Nadiren uyumlu

Uncertain
Belirsiz

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Uyum seviyelerini etkileyen uygun tedaviye erişim ve uygulamaya ilişkin konular hakkında detaylı bilgi verin.

Current symptoms / Mevcut semptomlar

108 What symptoms currently persist **despite** treatment?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Tedaviye **rağmen** şu anda hangi belirtiler devam etmektedir?
Ayrıntılı bilgi verin ve belirtilerin şiddeti, sıklığı ve sürelerine de yer verin.

Functional impact / İşlevsel etki

109 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment:
Tedaviye **rağmen**, ilgili sağlık durumunun hastanın yeteneklerini nasıl etkilediğine dair ayrıntılı bilgiler:

A Does the patient have difficulty with self care and independent living?
Hastanın kişisel bakım ve bağımsız yaşamakta herhangi bir zorluğu var mı?

No **Go to B**
Hayır **B'ye git**

Yes Provide details and examples below
Evet **Aşağıda detaylar ve örnekler sunun**

B Does the patient have difficulty with social/recreational activities and travel?
Hasta sosyal/eğlence etkinlikleri ve seyahat etme konusunda, herhangi bir zorluk yaşıyor mu?

No **Go to C**
Hayır **C'ye git**

Yes Provide details and examples below
Evet **Aşağıda detaylar ve örnekler sunun**

C Does the patient have difficulty with interpersonal relationships?
Hasta kişilerarası ilişkilerde zorluk çekiyor mu?

No **Go to D**
Hayır **D'ye git**

Yes Provide details and examples below
Evet **Aşağıda detaylar ve örnekler sunun**

D Does the patient have difficulty with concentration and task completion?
Hasta konsantrasyon ve görevin tamamlanmasında herhangi bir zorluk yaşıyor mu?

No **Go to E**
Hayır **E'ye git**

Yes Provide details and examples below
Evet **Aşağıda detaylar ve örnekler sunun**

E Does the patient have difficulty with behaviour, planning and decision-making?
Hasta, davranış, planlama ve karar verme konusunda, herhangi bir zorluk yaşıyor mu?

No **Go to F**
Hayır **F'ye git**

Yes Provide details and examples below
Evet **Aşağıda detaylar ve örnekler sunun**

F Describe any other impacts.
Diğer tüm etkileri de belirtin.

110 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?

Bu sağlık sorununun iş, eğitim ve öğretim faaliyetlerine katılım ve bunları etkin bir şekilde gerçekleştirebilme becerisi üzerinde bir etkisi var mı?

No **Go to next question**
Hayır **Sonraki soruya geç**

Yes Give details below
Evet **Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz**

- 111 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Bu sağlık sorununun hastanın işlevsel yetenekleri üzerindeki etkisinin devam etmesi beklenen süre:
- Less than 3 months 3 aydan az
3-24 months 3-24 ay arasında
More than 24 months 24 aydan fazla

- 112 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Önümüzdeki 2 yıl boyunca, bu sağlık durumunun hastanın işlevsel yetenekleri üzerinde şu etkiyi yapması beklenmektedir:
- Resolve Çözümleme
Significantly improve Önemli ölçüde iyileşmesi
Slightly improve Biraz iyileşmesi
Fluctuate İstikrarsızlaşması
Remain unchanged Değişmeden kalması
Deteriorate Kötüleşmesi
Uncertain Belirsiz

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Gelecek 24 ay içerisinde erişilecek işlevsel kapasite hakkında ayrıntılı bilgi verin.

- 113 Is this condition episodic or fluctuating?
Bu sağlık sorunu aralıklı mı veya inip çıkmalı mı?
- No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç
- Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes, or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Evet Aralıkların sıklığını, süresini ve şiddetini açıklayın veya bu durumun nasıl inip çıkmalı olduğunu açıklayın. Aralıklar veya inip çıkmalı belirtiler sırasında veya arasındaki çalışma kapasitesi hakkında açıklama ekleyin.

Other information / Diğer bilgiler

- 114 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
İlgili sağlık durumunun geçmişi.
Altında yatan nedenler ve faktörler hakkında detaylı bilgi verin.

- 115 Provide any additional comments about this condition.
Sağlık durumuna ilişkin tüm ilave açıklamaları ekleyiniz.

PART F – Other medical conditions

BÖLÜM F – Diğer sağlık sorunları

- 116 Does the patient have any other medical conditions including intellectual impairment which have a SIGNIFICANT impact on their ability to function (e.g. endurance, movement, cognitive function, communication, behaviour, ability for self care, need for support in activities of daily living)?
Hastanın, fonksiyonlarını yerine getirme yeteneğini (örneğin; dayanıklılık, hareket, kavramsal fonksiyon, iletişim, davranış, kendine bakabilme yeteneği, günlük yaşamsal aktivitelerinde destek ihtiyacı gibi) ÖNEMLİ ÖLÇÜDE etkileyen, zihinsel bozukluk da dahil olmak üzere herhangi bir başka sağlık durumu var mı?

- No **Go to PART G**
Hayı **BÖLÜM G'ye git**
- Yes Give details below
Evet **Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz**

Instructions for the doctor

Detail only one condition at a time – avoid grouping medical conditions. **If there is more than one other condition, photocopy pages 42–48 for each additional condition, answer the questions and attach the completed pages to this form.**

Please provide answers to the following questions based on clinical assessment, results of tests and investigations, and current scientific knowledge.

Self-reported symptoms alone are not sufficient.

Doktor için Talimatlar

Bir seferde sadece bir sağlık durumu hakkında bilgi verin – sağlık durumlarını gruplamaktan kaçının. **Birden fazla başka sağlık durumlarının olması halinde, her bir sağlık durumu için 42-48. sayfaların fotokopisini çıkartın, soruları yanıtlayın ve doldurduğunuz sayfaları bu forma ekleyin.**

Lütfen aşağıdaki soruları, klinik değerlendirme, test ve tetkik sonuçları ve de güncel bilimsel bilgilere dayanarak cevaplayın.

Sadece, hastanın kendisi tarafından beyan edilen semptomlar yeterli değildir.



- Attach:
- *if this condition impacts vision* a report from an Ophthalmologist. **This report MUST be attached,**
 - *if this condition impacts hearing or other ear functions* a report from an Audiologist or Ear, Nose and Throat specialist. **This report MUST be attached,**
 - a report from the doctor or specialist doctor who usually treats this condition (if not you), and
 - results of relevant test and investigation results (reports only), if available.
- Ekle:
- *Bu sağlık durumunun görmeyi etkilemesi durumunda* **bir Göz Uzmanından rapor. Bu raporun eklenmesi GEREKMEKTEDİR.**
 - *Bu sağlık durumunun duymayı veya diğer kulak fonksiyonlarını etkilemesi durumunda,* **bir Odyolog veya Kulak, Burun, Boğaz uzmanından rapor. Bu raporun eklenmesi GEREKMEKTEDİR.**
 - genellikle bu sağlık sorununu tedavi eden doktor veya uzman doktordan (şayet siz değilseniz) alınmış bir rapor, ve
 - Mevcutsa, ilgili test ve inceleme sonuçları (sadece raporlar).

Diagnosis / Tanı

- 117 What is the diagnosis?
Provide specific details (e.g. include the International Classification of Diseases code and/or staging as relevant).
Tanı nedir?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırma kodu ve/veya ilgili olup olmadığının belirtilmesi).

118 The diagnosis is:
Tanı:

Confirmed Who confirmed the diagnosis?
Onaylandı Taniyi kim onayladı?

Name
Adı

Qualifications
Nitelikleri

Presumptive Are further investigations/assessments planned to confirm the diagnosis?
Varsayım Taniyi doğrulamak için herhangi bir ek araştırma/değerlendirme planlandı mı?

No
Hayır

Yes
Evet

119 What was the date of diagnosis?
Tanı tarihi neydi?

120 What was the date of onset of symptoms (if known)?
Belirtilerin başlangıç tarihi neydi (biliniyorsa)?

121 What is the prognosis of this condition?
Give a timeframe, if applicable.
İlgili sağlık durumuna ilişkin prognoz nedir?
Mevcut ise, bir zaman çerçevesi verin.

Treatment / Tedavi

122 What treatment is currently being provided for this condition (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)?
Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).
Şu anda ilgili sağlık durumuna ilişkin hangi tedavi uygulanmaktadır (örneğin: hastaneye yatma, ameliyat, ilaç, danışma, fizik tedavi, rehabilitasyon, ağrı yönetimi gibi)?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin: başlangıç tarihi, tedavinin veya rehabilitasyonun sıklığı ve devam süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

123 How effective is current treatment?

Describe response to treatment and degree of control of symptoms.

Mevcut tedavi ne kadar etkilidir?
Tedaviye yanıt verme ve belirtilerin kontrol altına alınması derecesini belirtin.

124 Describe any adverse effects of treatment, including severity.

Tedavinin tüm yan etkilerini şiddeti ile belirtin.

125 What treatment has been undertaken in the past (e.g. hospitalisation, surgery, medication, counselling, physical therapy, rehabilitation, pain management)?

Provide specific details (e.g. date of commencement, frequency and duration of treatment or rehabilitation, type and dose of medications).

Geçmişte hangi tedavi uygulandı (örneğin: hastaneye yatma, ameliyat, ilaç, danışma, fizik tedavi, rehabilitasyon, ağrı yönetimi gibi)?
Belirli ayrıntılar verin (örneğin: başlangıç tarihi, tedavinin veya rehabilitasyonun sıklığı ve devam süresi; ilaç türleri ve dozları gibi).

126 Does the patient wear or use any aids, equipment or assistive technology for this condition?

Hasta sağlık sorununa ilişkin herhangi bir aygıt, araç-gereç veya yardımcı teknoloji takıyor veya kullanıyor mu?

No Go to next question

Hayır Sonraki soruya geç

Yes Give details below

Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

127 Is any future treatment planned for this condition?
Bu sağlık sorunuyla ilgili olarak gelecekte herhangi bir tedavi planlanıyor mu?

No **Go to 129**
Hayır **129'e git**

Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

128 What is the expected benefit of future treatment?
Detail improvement in symptoms *and* functional capacity.
Gelecekteki tedavinin beklenen faydası nedir?
Belirtilerde *ve* işlevsel kapasitedeki iyileşmeler hakkında detaylı bilgi verin.

129 Indicate compliance with recommended treatment:
Önerilen tedaviye uyma durumunu belirtin:

Very compliant
Çok uyumlu

Usually compliant
Genellikle uyumlu

Rarely compliant
Nadiren uyumlu

Uncertain
Belirsiz

Detail any issues related to accessing or undertaking suitable treatment that affect compliance levels.
Uyum seviyelerini etkileyen uygun tedaviye erişim ve uygulamaya ilişkin konular hakkında detaylı bilgi verin.

Current symptoms / Mevcut semptomlar

130 What symptoms currently persist **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology?
Be specific and include severity, frequency, and duration of symptoms.
Tedavi, aygıtlar, araç-gereçler veya yardımcı teknolojiye **rağmen** hangi belirtiler halen devam etmektedir?
Ayrıntılı bilgi verin ve belirtilerin şiddeti, sıklığı ve sürelerine de yer verin.

131 Details of how this condition currently impacts the patient's ability to function **despite** treatment, aids, equipment or assistive technology.

Describe in detail the impact on:

Tedavi, aygıtlar, araç-gereç veya yardımcı teknolojiye **rağmen**, ilgili sağlık durumunun hastanın yeteneklerini nasıl etkilediğine dair ayrıntılı bilgiler.

Aşağıdakiler üzerindeki etkisini detaylı şekilde açıklayın:

A Endurance.

Dayanıklılık.

B Movement/dexterity (e.g. walking, bending, sitting, standing, lifting/carrying/manipulating objects).
Hareket/beceriklilik (örneğin; yürüme, eğilme, oturma, ayakta durma, nesnelere kaldırma, taşıma/hareket ettirme).

C Neurological/cognitive function (e.g. concentrating, decision making, memory, problem solving).
Nörolojik/algısal fonksiyon (örneğin; konsantre olma, karar verme, hafıza, problem çözme).

D Functions of consciousness (involuntary loss of consciousness or altered consciousness e.g. seizures, migraines).

Bilinç fonksiyonları (istem dışı bilinç kaybı veya bilinç durumu değişikliği örneğin; nöbet, migren)

E Behaviour, planning, interpersonal relationships.

Davranış, planlama, kişilerarası ilişkiler.

F Sensory and communication functions (e.g. seeing, hearing, speaking).

Duyusal ve iletişim fonksiyonları (örneğin; görme, işitme, konuşma).

G Digestive, reproductive and continence functions.

Sindirim, üreme ve dışkı ve idrar tutabilme işlevleri.

H Need for care (e.g. support in daily living, supported accommodation or nursing home/hospital care).

Bakım ihtiyacı (örneğin; günlük yaşantıda destek, destekli barınma veya bakım evi/hastane bakımı).

I Shopping and performing household tasks.

Alışveriş ve ev işlerinin yapılması.

J Driving and use of public transport.
Araç kullanma ve toplu taşıma kullanımı.

K Other impacts as applicable.
Varsa, diğer etkiler.

132 Does this condition impact ability to attend and effectively participate in work, education or training activities?
Bu sağlık sorununun iş, eğitim ve öğretim faaliyetlerine katılım ve bunları etkin bir şekilde gerçekleştirebilme becerisine bir etkisi var mı?

- No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç
- Yes Give details below
Evet Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

133 The impact of this condition on the patient's ability to function is expected to persist for:
Bu sağlık sorununun hastanın işlevsel yetenekleri üzerindeki etkisinin devam etmesi beklenen süre:

- Less than 3 months 3 aydan az
3-24 months 3-24 ay arasında
More than 24 months 24 aydan fazla

134 Within the next 2 years the impact of this condition on the patient's ability to function is expected to:
Önümüzdeki 2 yıl boyunca, bu sağlık durumunun hastanın işlevsel yetenekleri üzerinde şu etkiyi yapması beklenmektedir:

- Resolve
Çözümleme
- Significantly improve
Önemli ölçüde iyileşmesi
- Slightly improve
Biraz iyileşmesi
- Fluctuate
İstikrarsızlaşması
- Remain unchanged
Değişmeden kalması
- Deteriorate
Kötüleşmesi
- Uncertain
Belirsiz

Detail the functional capacity to be achieved within the next 24 months.
Gelecek 24 ay içerisinde erişilecek işlevsel kapasite hakkında ayrıntılı bilgi verin.

135 Is this condition episodic or fluctuating?

Sağlık durumu aralıklı mı veya inip çıkmalı mı?

No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç

Yes Describe the frequency, duration and severity of episodes (including episodes in loss of or altered consciousness), or describe how this condition fluctuates. Include a comment on work capacity during and in between episodes or fluctuating symptoms.
Evet Aralıkların sıklığını, süresini ve şiddetini açıklayın (bilinç kaybı veya değişkenliği de dahil olmak üzere) veya bu durumun nasıl inip çıktığını açıklayın. Aralıklar veya inip çıktığı belirtiler sırasında veya arasındaki çalışma kapasitesi hakkında açıklama ekleyin.

Other information / Diğer bilgiler

136 History of this condition.
Provide details of underlying causes and contributing factors.
İlgili sağlık durumunun geçmişi.
Altında yatan nedenler ve faktörler hakkında detaylı bilgi verin.

137 Provide any additional comments about this condition.
Sağlık durumuna ilişkin tüm ilave açıklamaları sağlayınız.

PART G – Additional information

BÖLÜM G – Ek Bilgiler

- 138** Does the patient have any other medical conditions which are generally well managed and cause minimal or limited impact on ability to function?
Hastanın, genellikle iyi yönetilebilen ve fonksiyonlarını yerine getirmesinde çok az veya sınırlı derecede etkiye neden olan başka sağlık sorunları var mı?

No ► Go to next question
Hayır ► Sonraki soruya geç

Yes ► Give details below
Evet ► Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

Condition (diagnosis) Sağlık sorunu (tanı)	Treatment Tedavi	Significant improvement expected? Önemli bir düzelme bekleniyor mu?	Impact on ability to function Fonksiyonları yerine getirme becerisi üzerindeki etkisi	
1		No <input type="checkbox"/> Hayır	Yes <input type="checkbox"/> Evet	
2		No <input type="checkbox"/> Hayır	Yes <input type="checkbox"/> Evet	
3		No <input type="checkbox"/> Hayır	Yes <input type="checkbox"/> Evet	
4		No <input type="checkbox"/> Hayır	Yes <input type="checkbox"/> Evet	

If there are more than 4 medical conditions which do NOT have a significant impact on ability to function, attach a separate sheet with details.
Fonksiyonları yerine getirme becerisi üzerinde önemli bir etkiye sahip OLMAYAN dörtten fazla sağlık sorununun olması halinde, ayrıntılarını ayrı bir sayfada ekleyin.

- 139** Patient's details
Hasta bilgileri

Height

Boy

Weight

Ağırlık

Blood pressure

Tansiyon

- 140** Does the patient have a medical condition that may significantly reduce their life expectancy?
Hastanın yaşam beklentisini önemli ölçüde azaltan herhangi bir sağlık sorunu var mı?

No ► Go to 142
Hayır ► 142'e git

Yes ► Diagnosis of condition
Evet ► Sorunun tanısı

- 141** Is the average life expectancy of a patient with this condition shorter than 24 months?
Bu türden bir sağlık sorunu olan hastanın ortalama yaşam beklentisi 24 aydan kısa mı?

No
Hayır

Yes
Evet

PART H – Capacity for work or training

BÖLÜM H – Çalışma veya eğitim kapasitesi

Instructions for the doctor

PART H is to provide a holistic summary of the patient's current and potential capacity for work.

- Only those medical conditions with impact on functional capacity expected to persist for more than 2 years should be considered in assessing the patient's work capacity.
- Rate how the patient's work capacity is affected by their medical conditions now and over the next 2 years. This means any work the patient is capable of performing regardless of the availability of that work and without regard to the patient's age, educational level and current work skills.
- Tick **one** option for each column in the work capacity tables.
- Respond even if the patient has not worked for some time.

Doktor için Talimatlar

BÖLÜM H, hastanın mevcut ve potansiyel çalışma kapasitesinin bütünsel bir özetini sunmaktadır.

- Hastanın çalışma kapasitesini değerlendirirken, sadece işlevsel kapasiteye etkisi olan ve 2 yıldan fazla sürmesi beklenen sağlık durumları dikkate alınmalıdır.
- Hastanın çalışma kapasitesinin sağlık sorunu yüzünden şu anda nasıl etkilendiğini ve gelecekte nasıl etkileneceğini değerlendirin. Bu, ilgili işin var olup olmadığına, hastanın yaşına, eğitim seviyesine ve mevcut çalışma becerilerine bakmaksızın hastanın gerçekleştirebileceği her türlü çalışma anlamına gelmektedir.
- Çalışma kapasitesi tablolarından her bir sütun için **bir** seçenek işaretleyin.
- Hasta belirli bir süre çalışmamış olsa dahi yanıtlayın.

- 142 Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITHOUT ANY INTERVENTION programs: i.e. WITHOUT programs that are designed to assist people back into the workforce (e.g. on the job training, vocational rehabilitation). BİR MÜDAHALE PROGRAMI OLMASIZIN, hastanın herhangi bir işi gerçekleştirebilme kapasitesi hakkındaki değerlendirmelerinizi belirtin: yani, insanları tekrar iş gücü ekibine geri kazandırma amaçlı oluşturulan programlar OLMADAN (örneğin: iş eğitimi, mesleki rehabilitasyon gibi).

Work capacity / Çalışma kapasitesi

	Current Şu anda	Within 6 months 6 ay içerisinde	6–24 months 6-24 ay arasında	More than 24 months 24 aydan fazla
0–7 hrs per week Haftada 0-7 saat				
8–14 hrs per week Haftada 8-14 saat				
15–29 hrs per week Haftada 15-29 saat				
30+ hrs per week Haftada 30 saatten fazla				

Type of work / İş türü

Suggested suitable work
Önerilen uygun işler

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations
Çalışma kapasitesi için nedenleri ve iş türüne ilişkin tavsiyeleri belirtin

- 143** Indicate your assessment of the patient's capacity to do any work WITH INTERVENTION programs:
i.e. WITH programs that **are** specifically designed for people with physical, intellectual or psychiatric impairments (e.g. vocational rehabilitation, disability employment services) AND those that **are not** (e.g. vocational or pre-vocational training, on the job training and educational programs).
BİR MÜDAHALE PROGRAMI İLE, hastanın herhangi bir işi gerçekleştirebilme kapasitesi hakkındaki değerlendirmelerinizi belirtin:
yani, fiziksel, zihinsel veya psikolojik bozuklukları **olan** (örneğin; mesleki rehabilitasyon, engellilik istihdam hizmetleri gibi) VE **olmayan** (örneğin; mesleki veya meslek öncesi eğitim, iş eğitimi ve eğitim programları gibi) insanlar için özel olarak oluşturulan programlar.

Work capacity / Çalışma kapasitesi

	Current Şu anda	Within 6 months 6 ay içerisinde	6–24 months 6-24 ay arasında	More than 24 months 24 aydan fazla
0–7 hrs per week Haftada 0-7 saat				
8–14 hrs per week Haftada 8-14 saat				
15–29 hrs per week Haftada 15-29 saat				
30+ hrs per week Haftada 30 saatten fazla				

Type of work / İş türü

Suggested suitable work
Önerilen uygun işler

Provide reasons for work capacity and type of work recommendations
Çalışma kapasitesi için nedenleri ve iş türüne ilişkin tavsiyeleri belirtin

- 144** What type(s) of assistance would best assist the patient to return to work?
Ne çeşit(veya çeşitlerde) destek sağlanması hastanın işine geri dönmesine en iyi yardımı sağlar?

No assistance required
Herhangi bir desteğe gerek yok

Go to 146
146'ya git

Educational training (e.g. Year 12)
Eğitimle ilgili etkinlikler (örneğin 12. sınıf)

Vocational/work training and rehabilitation
Mesleki/iş eğitimi ve rehabilitasyon

On-the-job training
İş başında eğitim

Voluntary work
Gönüllü çalışma

Drug and alcohol assistance
Uyuşturucu ve alkol yardımı

Other
Diğer

Give details below
Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

- 145** Indicate your assessment of the patient's interest in pursuing assistance to return to work:
Hastanın işe dönmekte destek almaya yönelik ilgisini değerlendirin:

Nil Minimal Moderate Substantial
İsteksiz En az Orta Oldukça fazla

Give details below
Aşağıda ayrıntılı bilgi veriniz

PART i – Certification

BÖLÜM i – Onay

- 146 This patient has been...
Bu hasta daha önceden...
- my patient since
şu zamandan beri benim hastamdır
- a patient at this practice since
bu muayenehanede şu zamandan beri bir hastadır
- Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl
- Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl
- 147 Would you like someone from Services Australia, or a medical assessor authorised by Services Australia to contact you about this report (e.g. if there is any information which, if released to the patient, might be prejudicial to their physical or mental health)?
Services Australia'dan bir kişinin veya Services Australia tarafından yetkilendirilmiş herhangi bir tıbbi kişinin bu rapor hakkında sizinle ilişkiye geçmesini ister misiniz (örn. hastaya duyurulduğunda bedensel veya akıl sağlığı için zararlı olabilecek herhangi bir bilgi varsa)?
- No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç
- Yes The following days and local times suit me:
Evet Aşağıdaki günler ve yerel saatler benim için uygundur:
- Day
Gün
- Time
saat
- Hrs
Saatleri
- to e kadar
- Hrs
Saatleri
- Hrs
Saatleri
- to e kadar
- Hrs
Saatleri
- Hrs
Saatleri
- to e kadar
- Hrs
Saatleri
- to e kadar
- Hrs
Saatleri
- Would you like an interpreter when speaking with us?
Bizimle konuşurken tercüman ister misiniz?
- No Go to next question
Hayır Sonraki soruya geç
- Yes Preferred language
Evet Tercih edilen dil

- 148 Doctor's details and declaration Please make sure you have read the **Privacy and your personal information on page 3** of this form. Please print in BLOCK LETTERS or use stamp. Doktora ilişkin bilgiler ve beyanlar Lütfen bu formda **sayfa 3'de yer alan kişisel bilgilerinizi ve Gizlilik Politikasını** okuduğunuzdan emin olun. Lütfen BÜYÜK HARFLER yazın veya damga kullanın.
- Details of doctor completing this report:
Bu raporu dolduran doktora ilişkin bilgiler:
- Name of doctor
Doktorun Adı
- Qualifications
Nitelikleri
- Address
Adresi
- Country
Ülke
- Phone number
Telefon numarası
- Signature
İmza
- Date
Tarih
- Stamp (if applicable)
Mühür (Varsa)
- Country () Area code ()
Ülke () Bölge kodu ()
- Country
Ülke
- Country () Area code ()
Ülke () Bölge kodu ()
- Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

- 149 Returning this report
Bu raporun gönderimi

Return address
Gönderi adresi

Services Australia
International Services
Reply Paid 7809
CANBERRA BC ACT 2610
AUSTRALIA

Please post this completed report and any attachments directly to International Services, or if you prefer, you may give this completed report and any attachments to your patient to return to International Services.

Thank you for your assistance.

Lütfen bu doldurulmuş raporu ve tüm ekli belgelerini, doğrudan Uluslararası Hizmetler birimine ulaştırın veya eğer isterseniz raporu ve tüm ekli belgelerini Uluslararası Hizmetler birimine iletmesi için hastanıza da verebilirsiniz.

Yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.

ENQUIRIES

If you have any questions please call
(+61 3) 6222 3455 (outside Australia)
131 673 (inside Australia)

Note: Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

BİLGİ TALEPLERİ

Bir sorunuz olduğu takdirde, lütfen
(Avustralya dışından) (+61 3) 6222 3455 numaralı telefonu veya
(Avustralya içinden) 131 673 numaralı telefonu arayınız.

Not: Telefonla aramalar ücrete tabidir – cep telefonlarından yapılan aramalara daha yüksek ücretler uygulanabilir.