

## فرم معرفی بیماران مبتلا به M.S

اطلاعات عمومی

نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... شماره شناسنامه: .....

تاریخ تولد: ..... محل تولد: .....

جنس: مذکر  مونث

میزان تحصیلات: بی سواد  زیر دیپلم  دیپلم  بالاتر از دیپلم

نوع بیمه: تأمین اجتماعی  خدمات درمانی  نیروهای مسلح  سایر: .....

شماره بیمه: ..... سال تشخیص بیماری: .....

محل سکونت بیمار: استان: ..... شهرستان: ..... تلفن تماس: .....

نشانی: .....

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل می گردد.

بر اساس:

❖ یافته های بالینی:

بیمار قادر به راه رفتن به طول ۱۰۰ متر بدون کمک: می باشد  نمی باشد

سایر یافته های بالینی شامل ( ذکر موارد): .....

❖ یافته تصویر برداری مغزی-نخاعی ( MRI ) شامل: ( ذکر یافته ها ) .....

❖ سایر یافته های پاراکلینیکی:

پتانسیل برانگیخته بینایی ( VEP ) چشم راست: P 100 latency مقدار: ..... چشم چپ: P 100 latency مقدار: .....

انجام نشده

آزمایش مایع مغزی نخاعی: OCB: مثبت  منفی

IgG index: مثبت  منفی  انجام نشده:

تشخیص بیماری MS  داده نمی شود  داده می شود

نوع بیماری MS

Relapsing Remitting       Primary progressive

Secondary progressive       Progressive Relapsing

CIS

نیاز به درمان با داروی اینترفرون: دارد  ندارد

نوع دارو:  Cinovex     Avonex     Rebi     Betafero    سایر دارو ها ( ذکر دارو ): .....

دوز مصرفی

تاریخ: .....  
مهر و امضاء پزشک معالج متخصص مغز و اعصاب

نظریه کمیته MS

بیماری MS تأیید می شود.  نیاز به داروی اینترفرون دارد.

بیماری MS تأیید نمی شود.  نیاز به داروی اینترفرون ندارد.

تاریخ: ..... مهر و امضاء

بیمار در تاریخ: ..... جهت دریافت داروی اینترفرون به داروخانه ..... معرفی می گردد.

امضاء کارشناس امور بیماریهای خاص دانشگاه