

فرم ثبت اطلاعات بیماران فیروز سیستم (CF)

اطلاعات بیمار	نام و نام خانوادگی بیمار: _____ تولد: _____ / _____ / ۱۳_____ نام پدر: _____ شماره همراه: _____ آدرس (در صورت تمایل به تحویل دارو به آدرس پیشنهادی): _____ کد ملی: _____ استان/شهر: _____ تاریخ: _____
بیمه	نوع بیمه: _____ شماره بیمه: _____
پزشک معالج	نام و نام خانوادگی پزشک: _____ تخصص: _____ شماره نظام پزشکی: _____
اطلاعات بیماری	سال شروع درمان: _____ تست ژنتیک انجام شده است؟ بلی خیر میزان کلر در اولین تست عرق: _____ کمتر از ۳۰ بین ۳۰ و ۶۰ بیش از ۶۰ میزان کلر در اولین تست عرق: _____ کمتر از ۳۰ بین ۳۰ و ۶۰ بیش از ۶۰ علائم تنفسی: _____ علائم گوارشی: _____ علائم عمومی: _____ نام مرکز درمانی: _____
اطلاعات دارویی	دوز دارو: _____ نام دارو: _____ تاریخ تجویز: _____ تعداد کل تجویز شده: _____ پزشک تجویز کننده: _____ **نام داروخانه: _____ نحوه مصرف: _____

مهر و امضاء پرستار تکمیل کننده فرم

مهر و امضاء پزشک معالج