



معاونت درمان  
اداره بیماران خاص  
فرم معرفی بیماران مبتلا به ام اس

اطلاعات عمومی

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	محل تولد:	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
تحصیلات:	بیسواد <input type="checkbox"/>	زیردیپلم <input type="checkbox"/>	دیپلم <input type="checkbox"/>	کارشناسی <input type="checkbox"/>	کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/>
نوع بیمه:	تامین اجتماعی <input type="checkbox"/>	خدمات درمانی <input type="checkbox"/>	نیروهای مسلح <input type="checkbox"/>	کمیته امداد <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>
سابقه مصرف سیگار دارید <input type="checkbox"/> ندارید <input type="checkbox"/> افراد درجه یک بیمارسیگاری اند بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سابقه بیماری ام اس در خانواده دارید؟ نسبت با شما:					
سال تشخیص بیماری:			آدرس محل سکونت: شهر:		
شماره تلفن همراه:					

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

<b>شرح حال بیمار:</b>	
یافته های تصویربرداری:	MRI مغز: تعداد .. پلاک فعال و تعداد ... پلاک غیر فعال دارد. MRI نخاع: تعداد ... پلاک فعال و تعداد ... پلاک غیر فعال دارد.
یافته های بالینی - بینائی:	نوریت اپتیک <input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> دیسمتری چشمی افتالموبلژی بین هسته ای <input type="checkbox"/>
یافته های بالینی - حرکتی:	منوپارزی <input type="checkbox"/> پاراپارزی <input type="checkbox"/> همی پارزی <input type="checkbox"/> کوادری پارزی <input type="checkbox"/> دیزارتری <input type="checkbox"/> رفلکس بابنسکی <input type="checkbox"/> رفلکس هوفمن <input type="checkbox"/>
یافته های بالینی - حسی:	پارستزی <input type="checkbox"/> بی حسی <input type="checkbox"/> نورالژی <input type="checkbox"/> علامت لرمیت <input type="checkbox"/> اختلالات پروبریوسپتیو <input type="checkbox"/>
یافته های بالینی - تعادل:	آنکسی <input type="checkbox"/> لرزش <input type="checkbox"/> دیسمتری <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/>
یافته های بالینی - شناختی:	افسردگی <input type="checkbox"/> اختلالات حافظه <input type="checkbox"/> دمانس <input type="checkbox"/> اختلالات خلقی <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/>
سایر یافته های بالینی:	اختلالات خواب <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> اختلالات نعوظ <input type="checkbox"/> سردمزاجی <input type="checkbox"/> بیبوست <input type="checkbox"/> اختلالات اجابت مزاج <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/>

تاریخ شروع بیماری:	آزمایش مایع مغزی نخاعی: OBC: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>
درجه ناتوانی بیمار (EDSS):	پتانسیل برانگیخته بینائی VEP چشم: نرمال <input type="checkbox"/> غیرنرمال <input type="checkbox"/>
پتانسیل برانگیخته بینائی VEP چشم: نرمال <input type="checkbox"/> غیرنرمال <input type="checkbox"/>	پتانسیل برانگیخته بینائی VEP چشم چپ: نرمال <input type="checkbox"/> غیرنرمال <input type="checkbox"/>
IgG index: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	

تشخیص بیماری MS	داده می شود <input type="checkbox"/> داده نمی شود <input type="checkbox"/> قطعی نیست <input type="checkbox"/>
نوع MS:	CIS <input type="checkbox"/> Primary.P.rogressive <input type="checkbox"/> Secondary progressive <input type="checkbox"/> progressive-Relapsing <input type="checkbox"/> Relapsing-Remitting <input type="checkbox"/> NMOSD <input type="checkbox"/>
نوع دارو:	Ziferon <input type="checkbox"/> cinovex <input type="checkbox"/> Recigen <input type="checkbox"/> Actorif <input type="checkbox"/> Avovex <input type="checkbox"/> Actofron <input type="checkbox"/> Betaferon <input type="checkbox"/> Avonex <input type="checkbox"/> Rebif <input type="checkbox"/> Else <input type="checkbox"/> Tysabri <input type="checkbox"/> fingolimod <input type="checkbox"/> Diphosel <input type="checkbox"/> Ritoximab <input type="checkbox"/> Copamer <input type="checkbox"/> Cinotec <input type="checkbox"/> Cinomer <input type="checkbox"/> others:
در صورتی که بیمار نیاز به مصرف داروی خارجی دارد علت را ذکر کنید:	
مهر و امضای پزشک متخصص مغز و اعصاب	

تأیید به بیماری MS در کمیته:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	تأیید استفاده داروی خارجی در کمیته:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	تاریخ:
مهر و امضاء پزشک		مهر و امضاء پزشک		

