

فرم معرفی بیماران مبتلا به نقص ایمنی اولیه (PID) جهت ثبت در سامانه مدیریت بیماران نادر

مشخصات بیمار	نام و نام خانوادگی بیمار: کد ملی: نام پدر: تاریخ تولد: / / ۱۳ استان/شهر: شماره همراه اول (باتوجه به هماهنگی صورت گرفته جهت ارسال پیامک از سوی اپراتور همراه اول، لطفا در درج شماره تماس دقت لازم بعمل آید): درس (جهت برنامه ریزی تحویل دارو به آدرس پیشنهادی):
بیمه	نوع بیمه: شماره بیمه:
مشخصات بیماری و اطلاعات دارویی	ابتلا نامبرده به بیماری نقص ایمنی اولیه از یکی از گروه های اصلی زیر: ۱- نقص ایمنی توأم (Combined immunodeficiency) ۲- نقص ایمنی توأم سندرمیک (Combined immunodeficiencies with associated or syndromic feature) ۳- کمبود شدید آنتی بادی (Predominantly antibody deficiencies) ۴- Diseases of immune dysregulation ۵- نقص فاگوسیتوز (Congenital defects of phagocyte) ۶- نقص ایمنی ذاتی (Defects in intrinsic and innate immunity) ۷- نقص کمپلمان (Complement deficiencies) ۸- سایر نقایص ایمنی اولیه و زیرگروه با عنوان مورد تأیید است. این بیمار باید تحت درمان با داروی : ۱- IVIG به میزان گرم در ماه به مدت (مادام العمر/یکسال) قرار گیرد. ۲- Gamma-Interferon به میزان ویال در ماه به مدت (مادام العمر/یکسال) قرار گیرد. ۳- GCSF به میزان ویال در ماه به مدت (مادام العمر/یکسال) قرار گیرد. ۴- Peg-GCSF به میزان ویال در ماه به مدت (مادام العمر/یکسال) قرار گیرد. ۵- C1-Inhibitor وریدی به میزان واحد حسب دستور پزشک قرار گیرد. مهر و امضای پزشک معالج *لازم بذکراست این معرفی نامه صرفاً " در صورت تایید توسط پزشکان فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی بالینی معتبر می باشد.
دانشگاه	این معرفی نامه در تاریخ توسط آقا/خانم کارشناس بیماریهای خاص دانشگاه ع.پ. تحویل و در سامانه ثبت گردید. مهر و امضاء کارشناس