

### فرم معرفی بیماران MS به کمیته دانشگاهی

|                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| این قسمت توسط بیمار تکمیل گردد                                                                                    | <p>نام و نام خانوادگی : نام پدر: شماره شناسنامه:</p> <p>تاریخ تولد: محل صدور شناسنامه: کد ملی :</p> <p>محل تولد: میزان تحصیلات: رشته تحصیلی: شماره بیمه :</p> <p>نوع بیمه: <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی (سلامت) <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر</p> <p>محل سکونت فعلی بیماران : نشانی :</p> <p>محدوده سکونت بیمار در ۵ سال اخیر: شماره تماس :</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد                                                                               | <p>یافته های بالینی : ( به اختصار توضیح داده شود )</p> <p>سال تشخیص بیماری :</p> <p>بیمار قادر به راه رفتن به طول ۱۰۰ متر بدون کمک <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد</p> <p>نوع بیماری :</p> <p><input type="checkbox"/> primary progressive : <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> non Active</p> <p><input type="checkbox"/> Secondary progressive : <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> non Active</p> <p><input type="checkbox"/> Relapsing Remitting : <input type="checkbox"/> aggressive <input type="checkbox"/> non aggressive <input type="checkbox"/> Rapidly evolving</p> <p><input type="checkbox"/> CIs</p> <p>نیاز به درمان دارویی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>نام داروی مورد نیاز : ( لطفا نام دقیق دارو اعم از برند یا ژنریک قید گردد) :</p> <p>مهر و امضاء پزشک معالج متخصص مغز و اعصاب :</p> <p>علت ارجاع بیمار به معاونت درمان :</p> <p>بیمار مورد جدید است <input type="checkbox"/> بیمار نیاز به تغییر خط دارویی دارد <input type="checkbox"/></p> |
| نظریه کمیته ام اس                                                                                                 | <p><input type="checkbox"/> بیماری تأیید می شود :</p> <p><input type="checkbox"/> نیاز به داروی مورد نظر دارد</p> <p>مهر و امضای اعضای کمیته ام اس :</p> <p>۱: ۲: ۳:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>بیمار در تاریخ جهت حواله داروی توسط کارشناس معرفی می گردد.</p> <p>امضاء کارشناس امور بیماریهای خاص دانشگاه</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

بستری موقت و بستری در بخش بر حسب ضرورت