

فرم شماره دو - اطلاعات بیماران تالاسمی جدید

اطلاعات بیمار	نام و نام خانوادگی بیمار: _____ تاریخ تولد: ۱۳ / / _____ نام پدر: _____ شماره همراه: _____ آدرس (در صورت تمایل به تحویل دارو به آدرس پیشنهادی): _____ کدملی: _____ استان / شهر: _____
بیمه	نوع بیمه: _____ شماره بیمه: _____
پزشک معالج	نام و نام خانوادگی پزشک: _____ تخصص: _____ شماره نظام پزشکی: _____
اطلاعات بیماری	وضعیت تالاسمی: _____ مازور ☐ اینترمدیا ☐ سیکل تالاسمی ☐ سیکل سل ☐ سایر ☐ سال تشخیص: _____ سال شروع درمان: _____ نام مرکز درمانی: _____
تایید قطعی پزشک معتمد	گواهی میشود نامبرده براساس مستندات موجود و معاینات بالینی مبتلابه بیماری تالاسمی نوع..... می باشد. مهر و امضاء پزشک معتمد: _____
اطلاعات دارویی	نام دارو: _____ تاریخ تجویز: _____ تعداد کل تجویز شده: _____ پزشک تجویز کننده: _____ **نام داروخانه: _____ دوز دارو: _____ نحوه مصرف: _____

**** (بمنظور ساماندهی توزیع داروهای تالاسمی، ضروری است اسامی داروخانه های منتخب هر دانشگاه در اختیار بخشهای تالاسمی قرار داده شود تا ضمن معرفی به بیماران تالاسمی نهایتاً یک داروخانه انتخاب گردد.**

مهر و امضاء پرستار تکمیل کننده فرم

مهر و امضاء پزشک معالج