

فرم معرفی بیمار ان مبتلا به MS

اطلاعات عمومی

نام و نام خانوادگی : نام پدر: کد ملی:

سال تولد: جنس: £ زن £ مرد میزان تحصیلات: £ بیسواد £ زیر دیپلم £ دیپلم £ بالای دیپلم

نوع بیمه: £ تامین اجتماعی £ خدمات درمانی £ نیروهای مسلح £ کمیته امداد £ سایر £ غیر بیمه

سال تشخیص بیماری:

آدرس محل سکونت: تلفن:

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل می گردد

یافته های تصویربرداری: £ MRI مغز نرمال £ MRI نخاع نرمال £ MRI مویذ بیماری MS (MRI مغز یا نخاع)

یافته های بالینی - بینایی: £ نوریت اپتیک £ دوبینی £ نئستیگموس £ دیسمتری چشمی افتالموپلتری بین هسته ای £ جرقه مگس پران £ اختلال رفلکس مردمک

یافته های بالینی - حرکتی: £ مونوپارزی £ پاراپارزی £ همی پارزی £ کوادری پارزی £ پاراپلژی £ همی پلژی £ کوادری پلژی £ اسپاسم £ دیزارتی £ آتروفی عضلانی £ کرامپ £ هایپوتونی £ میوکیمی £ سندرم پای بیقرار £ رفلکس بابنسکی £ رفلکس هوفمن £ افتادگی پا

یافته های بالینی - حسی: £ پارستزی £ بی حسی £ نورالژی £ علامت لرمیت £ اختلالات پروپریوسپتیو

یافته های بالینی تعادل: £ آتاکسی £ لرزش £ دیسمتری £ سرگیجه £ دیس تونی

یافته های بالینی شناختی: £ افسردگی £ اختلالات حافظه £ دمانس £ اختلالات خلقی £ اضطراب £ آفازی

سایر یافته های بالینی: £ اختلالات خواب £ تکرر ادرار £ اختلالات نعوظ در مردان £ انزال رتروگرید £ سردمزاجی £ بیبوست £ اختلالات اجابت مزاج £ ریفلکس معده به مری £ خستگی

بیمار توانایی راه رفتن به طول 100 متر را دارد؟ £ بلی £ خیر

پتانسیل برانگیخته بینایی VEP چشم راست: £ نرمال £ غیر نرمال

پتانسیل برانگیخته بینایی VEP چشم چپ: £ نرمال £ غیر نرمال

آزمایش مایع مغزی نخاعی: OBC £ مثبت £ منفی

IgG index: £ مثبت £ منفی

تشخیص بیماری MS : £ داده می شود £ داده نمی شود £ قطعی نیست

نوع بیماری MS : £ پیشرونده اولیه (Primary Progressive) £ پیشرونده ثانویه (Secondary Progressive)
£ پیشرونده - عودکننده (Progressive-Relapsing) £ عودکننده - بهبودیابنده (Relapsing-Remittig)
CIS £

نیاز به درمان با داروی اینترفرون: £ دارد £ ندارد

نوع دارو: £ Avonex £ Betaferon £ Cinnovex £ Rebif £ Recigen £ سایر داروها

دوز مصرفی در ماه : عدد

تاریخ :

مهر و امضای پزشک معالج متخصص مغز و اعصاب:

نظریه کمیته MS

تأییدیه بیماری MS در کمیته : £ دارد £ ندارد
تأییدیه اینترفرون در کمیته : £ دارد £ ندارد

تاریخ :

مهر و امضا

بیمار در تاریخ جهت دریافت داروی اینترفرون به داروخانه
دانشگاه معرفی می گردد.

امضاء کارشناس بیماری های خاص دانشگاه