

## فرم معرفی بیماران مبتلا به MS

### اطلاعات عمومی

نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... شماره ملی: .....

تاریخ تولد: ..... جنس: مرد  زن  میزان تحصیلات: بیسواد  زیر دیپلم  دیپلم  بالاتر از دیپلم

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

شماره بیمه: ..... سال تشخیص بیماری: ..... تلفن تماس: .....

نشانی دقیق: .....

### این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل می‌گردد

♦ یافته‌های تصویربرداری: MRI مغز نرمال  MRI نخاع نرمال  MRI مویذ بیماری MS (MRI مغز یا نخاع)

♦ یافته‌های بالینی - بینایی: نوریت اپتیک  دوبینی  نیستاگموس  دیستری چشمی  افتالموپلژی بین هسته‌ای  جرقه/مگس پران  اختلال رفلکس مردمک

♦ یافته‌های بالینی - حرکتی: مونوپارزی  پاراپارزی  همی پارزی  کوادری پارزی  پاراپلژی  همی پلژی

♦ یافته‌های بالینی - حس: پارستزی  بی‌حسی  نورالژی  علامت لرمیت  اختلالات پروپوپتیو

♦ یافته‌های بالینی - تعادل: آتاکسی  لرزش  دیستری  سرگیجه  دیستونی

♦ یافته‌های بالینی - شناختی: افسردگی  اختلالات حافظه  دمانس  اختلالات خلقی  اضطراب  آقازی

♦ سایر یافته‌های بالینی: اختلالات خواب  تکرر ادرار  احتباس ادرار  اختلالات نعوظ در مردان  انزال رتروگرید

♦ سردمزاجی  یبوست  اختلالات اجابت مزاج  ریفلاکس معده به مری  خستگی

♦ بیمار توانایی راه رفتن به طول ۱۰۰ متر را دارد؟  بلی  خیر

♦ پتانسیل برانگیخته بینایی (VEP) چشم راست: نرمال  غیر نرمال  انجام نشده

♦ پتانسیل برانگیخته بینایی (VEP) چشم چپ: نرمال  غیر نرمال  انجام نشده

♦ آزمایش مایع مغزی نخاعی: OCB مثبت  منفی  انجام نشده

♦ IgG index: مثبت  منفی  انجام نشده

♦ تشخیص بیماری MS: داده می‌شود  داده نمی‌شود  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 یا داروی ایترفرون: دارد  ندارد

♦ نوع دارو: Avonex  Betaferon  Cinnovex  Rebif  Recigen  Extavia  سایر داروها  نیاز ندارد

♦ دوز مصرفی در ماه: ..... عدد

تاریخ:

مهر و امضاء پزشک معالج متخصص مغز و اعصاب

### نظریه کمیته MS

تائیدیه بیماری MS در کمیته: دارد  ندارد  قطعی نیست

تائیدیه ایترفرون در کمیته: دارد  ندارد

تاریخ: ..... مهر و امضاء: .....



بیمار در تاریخ ..... جهت دریافت داروی ایترفرون به داروخانه ..... معرفی می‌گردد.

امضاء کارشناس امور بیماریهای خاص دانشگاه