**«فرم معرفي بيماران مبتلا به MS»**

**اطلاعات عمومي**

**نام و نام خانوادگي : ........................................ نام پدر : ........................ شماره شناسنامه: ...........................**

**تاريخ تولد: ....................................................... محل تولد: ............................. جنس : مذكر □ مونث □**

**ميزان تحصيلات: بي سواد □ زير ديپلم □ ديپلم □ بالاتر از ديپلم □**

**نوع بيمه: تامين اجتماعي□ خدمات درماني□ نيروهاي مسلح □ ساير : .................................................................**

**شماره بيمه : .................................................سال تشخيص بيماري : ....................................................................**

**محل سكونت بيمار: استان : ............................ شهرستان : .........................................تلفن تماس : .........................**

**نشاني : ............................................................................................................................................................**

**اين قسمت توسط پزشك معالج تكميل مي گردد.**

**□**

**دوز مصرفي**:

**مهر و امضاي پزشك معالج**

**متخصص مغز و اعصاب**

**براساس:**

**\*يافته هاي باليني:**

**بيمار قادر به راه رفتن به طول 100 متر بدون كمك : مي باشد □ نمي باشد□**

**ساير يافته هاي باليني: تعادل □ حسی □ شناختی □ حرکتی□**

**\* يافته تصويربرداري مغزي- نخاعي (MRI) شامل : (ذكر يافته ها) .....................................................................................**

**\*ساير يافته هاي پاراكلينيكي:**

**پتانسيل برانگيخته بينايي (VEP) چشم راست : P 100 latency مقدار : چشم چپ : P 100 latency مقدار :**

**انجام نشده □**

**آزمايش مايع مغزي نخاعي : OCB : مثبت □ منفي □**

**igG index : مثبت □ منفي □ انجام نشده □**

**□ تشخيص بيماري MS داده نمي شود داده مي شود**

**□ نوع بيماري MS**

**□ Relapsing Remitting □ Primary progressive**

**□ Secondary Progrssive □Progressive Relapsing**

**□CIS**

**نياز به درمان با داروي اينترفرون دارد □ ندارد□**

**نوع دارو:**

**Cinovex □ Avonex □ Rebif □ Betaferon □ ساير داروها (ذكر دارو)**

**نظريه كميته** MS

**□** **بيماري MS تاييد مي شود**. **□ نياز به داروي اينترفرون دارد.**

**□ بيماري MS تاييد نمي شود** **□ نياز به داروي اينترفرون ندارد.**

**تاربخ**

**مهر و امضاء**

**بيمار در تاريخ ...................... جهت دريافت داروي اينترفرون به داروخانه .................................... معرفي مي گردد.**

**امضاء كارشناس امور بيماريهاي خاص دانشگاه**