

فرم معرفی بیماران MS به کمیته دانشگاهی

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