

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: کدملی : 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) 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>نظریه 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>

بیمار در تاریخ
معرفی می گردد .

جهت حواله داروی

توسط کارشناس

امضاء کارشناس امور بیماریهای خاص دانشگاه :