

**بخش اول) دموگرافیک Patient profile / identification**

- 1- نام بیمار: 2- نام خانوادگی بیمار 3- تاریخ تولد: 4- جنس: 1. زن □ 2. مرد □  
5- کد ملی (از روی دفترچه بیمه و کامل) پر شود: 5/1 نام پدر:  
6- محل تولد: 1. استان: 2. شهر: 3. روستا:  
7- محل سکونت در 1 سال گذشته: 1. استان: 2. شهر: 3. روستا:  
8- شماره تماس: 1. تلفن ثابت با کد: 2. تلفن همراه:

**بخش دوم) سابقه بیماری / Familial history**

- 1- آیا سابقه خانوادگی بیماری ام اس در بستگان درجه 1 یا 2، یا 3 دارید؟ 1. خیر □ 2. بله □ تعداد..... نفر 3. نمیدانم □  
2/1- سابقه ام اس در بستگان درجه 1: 1. همسر □ 2. پدر □ 3. مادر □ 4. خواهر □ 5. برادر □ 6. فرزند □  
3/1- سابقه ام اس در بستگان درجه 2: 1. پدر بزرگ مادری □ 2. مادر بزرگ مادری □ 3. پدر بزرگ پدری □ 4. مادر بزرگ پدری □  
5. عمو □ 6. عمه □ 7. دایی □ 8. خاله □ 9. نوه □  
4/1- سابقه ام اس در بستگان درجه 3: 1. دختر/پسر عمو □ 2. دختر/پسر عمه □ 3. دختر/پسر خاله □ 4. دختر/پسر دایی □  
سایر .....

**بخش سوم) Diagnosis / تشخیص**

- 1- تاریخ شروع اولین علائم ام اس: 2- تاریخ تشخیص بیماری ام اس توسط پزشک:  
3- نوع بیماری ام اس :  
1. CIS □ 2. عود کننده-بهبود یابنده (RR) □ 3. پیشرونده اولیه (PP) □  
4. پیشرونده ثانویه (SP) □ 5. پیشرونده- عود کننده (RP) □

**بخش چهارم) پیشرفت بیماری / Progress**

- 1- تعداد کل بستری ها در بیمارستان به علت حمله بیماری ام اس: بدون بستری □ 1 مرتبه □ 2 مرتبه □ 3 مرتبه □  
4 مرتبه □ 5 مرتبه □ 6 مرتبه □ 7 مرتبه و بالاتر □  
2- تبدیل به ام اس پیشرونده ثانویه: 1. خیر □ 2. بله □ ← اگر پاسخ بلی است چه سالی ؟ .....  
3- وضعیت جسمانی (راه رفتن) در حال حاضر: 1. بدون محدودیت □ 2. بدون نیاز به کمک  $\geq 500$  متر □  
3. بدون نیاز به کمک 300 متر تا 500 متر □ 4. بدون نیاز به کمک 200 متر تا 300 متر □ 5. بدون نیاز به کمک 100 متر تا 200 متر □  
6. نیاز به کمک یکطرفه برای حداقل 100 متر □ 7. نیاز به کمک دو طرفه برای راه رفتن □ 8. ویلچر □ 9. محدود به تخت □  
\*4- نمره EDSS: (اختیاری) □

5- آیا بیمار در طول 6 ماه گذشته آزمایش MRI داده است؟ 1. بلی  2. خیر

6- آیا MRI جدید نسبت به قبل تفاوتی داشته است؟ 1. بلی  2. خیر

7- اگر بلی تعداد ضایعات جدید (عدد):

8- تعداد Gadolinium Enhancing Lesions:

بخش پنجم) درمان / Treatments

1- داروهای مصرفی در طول 5 سال اخیر:

| علت قطع دارو              |               |                   |                      |            |                | سال قطع دارو | سال شروع دارو | نام دارو  |
|---------------------------|---------------|-------------------|----------------------|------------|----------------|--------------|---------------|---|
| 6. عدم تبعیت درمانی بیمار | 5. گرانی دارو | 4. نظر پزشک معالج | 3. عدم توانایی کنترل | 2. بارداری | 1. عوارض جانبی |              |               |   |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | بدون دارو <input type="checkbox"/>  |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | بتافرون / اکستویا / زیفرون / اکتوفرون <input type="checkbox"/>                      |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | آوونکس / سینووکس / اکتووکس <input type="checkbox"/>                                 |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | ربیف / رسیژن / اکتوریف <input type="checkbox"/>                                     |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | کوپامر / سینومر / اسویمر / گلتری <input type="checkbox"/>                           |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | مارلا / فینگولیمود / دانلوین / فینگولید / نورابکس <input type="checkbox"/>          |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | تایسبری <input type="checkbox"/>  |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | اوباجیو / تبازیو / جیوماید <input type="checkbox"/>                                 |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | تکفیدرا / سینوتک / دیفوزل / زادیوا / میلیوبایکس / تکزیفوما <input type="checkbox"/> |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | لمترادا <input type="checkbox"/>  |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | ریتاکسی ماب / زیتاکس <input type="checkbox"/>                                       |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | میتوکزانترون / نوانترون <input type="checkbox"/>                                    |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | آزاتیوپرین / آزارام <input type="checkbox"/>  |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | سلسپت <input type="checkbox"/>  |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | اکرلیزوماب / زاکرل <input type="checkbox"/>   |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | IVIG <input type="checkbox"/>   |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | سیکلوفسفوماید <input type="checkbox"/>  |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | متوترکسات <input type="checkbox"/>  |
|                           |               |                   |                      |            |                |              |               | سایر <input type="checkbox"/>   |

بخش ششم) ویزیت / Visits

1- نام و نام خانوادگی پزشک معالج:

2- نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

3- تاریخ تکمیل فرم: