

# فرم انجمن ام اس

## بخش اول) دموگرافیک Patient Profile / Identification

- ۱- نام بیمار:  ۲- نام خانوادگی بیمار:  ۳- نام پدر:  ۴- سال تولد:  ۱. ماه:  ۲. روز:  ۳. سن:
- ۵- کد ملی:  ۶- شماره شناسنامه:  ۷- جنس:  زن  مرد
- ۸- محل تولد: ۱. استان:  ۲. شهر:  ۳. روستا:
- ۹- محل سکونت در ۱ سال گذشته: ۱. استان:  ۲. شهر:  ۳. روستا:
- ۱۰- شماره تماس: ۱. تلفن ثابت با کد:  ۲. تلفن همراه:
- ۱۱- تابعیت: ایرانی  غیرایرانی  ۱۲- دین: اسلام  مسیحی  زرتشتی  کلیمی  سایر
- ۱۳- آدرس محل سکونت: استان: ..... شهر: ..... روستا: ..... خیابان: ..... کوچه: ..... پلاک: ..... (اختیاری)
- ۱۴- کد پستی:  (اختیاری)
- ۱۵- آیا به محل سکونت فعلی مهاجرت داشته‌اید؟ ۱. بله  ۲. خیر
- ۱۶- در صورت بله بودن پاسخ:  زیر ۱۵ سالگی  بالای ۱۵ سالگی
- از استان  به استان
- از شهر  به شهر
- ۱۷- از خارج از کشور به داخل کشور؟ ۱. بله  ۲. خیر
- سایر
- ۱۸- وضعیت مسکن: استیجاری  شخصی
- ۱۹- وضعیت تأهل هم اکنون: مجرد  متأهل  متارکه  فوت همسر
- ۲۰- وضعیت تأهل در زمان ابتلا به بیماری ام اس: مجرد  متأهل  متارکه  فوت همسر
- ۲۱- اگر پاسخ متارکه است، آیا علت متارکه بیماری ام اس بوده است؟ ۱. بله  ۲. خیر
- ۲۲- تعداد افراد خانواده:  تعداد فرزندان در صورت تأهل:
- ۲۳- تحصیلات: بی سواد  ابتدایی  سیکل  دیپلم  فوق دیپلم/ لیسانس  فوق لیسانس و بالاتر
- ۲۴- وضعیت اشتغال: شاغل سیستم دولتی  شغل آزاد  بیکار  خانه‌دار  از کار افتاده  بازنشسته  دانشجو  دانش آموز
- ۲۵- آدرس محل کار: ..... ۲۶- تلفن محل کار: ..... (۲۵-۳۳ اختیاری)

۲۷- فاکس: [ ]

۲۸- ایمیل: [ ]

۲۹- تلفن دو نفر از بستگان جهت تماس در موارد ضروری: [ ] [ ]

۳۰- آیا خانواده از بیماری شما خبر دارد؟ ۱. بله  ۲. خیر

۳۱- آیا بیمار از بیماری خود خبر دارد؟ ۱. بله  ۲. خیر

۳۲- آیا از بیماران اینام می‌باشید؟ ۱. بله  ۲. خیر

۳۳- آیا از بیماران سادات می‌باشید؟ ۱. بله  ۲. خیر

۳۴- آیا در حال حاضر تحت پوشش بیمه هستید؟ ۱. خیر  ۲. بله  ← نوع بیمه: [ ]

۳۵- آیا بیمه تکمیلی دارید؟ ۱. خیر  ۲. بله  ← نام بیمه تکمیلی: [ ]

۳۶- تحت پوشش کدام سازمان یا مؤسسه می‌باشید؟ (اختیاری)

- بنیاد بیماری‌های خاص  نوع کمک: نقدی  غیر نقدی  مدت کمک: ..... سال
- بهبودی  نوع کمک: نقدی  غیر نقدی  مدت کمک: ..... سال
- کمیته امداد امام خمینی  نوع کمک: نقدی  غیر نقدی  مدت کمک: ..... سال
- انجمن ام‌اس  نوع کمک: نقدی  غیر نقدی  مدت کمک: ..... سال
- هیچکدام

### Familial History بخش دوم) سابقه بیماری

۳۷- آیا سابقه خانوادگی بیماری ام‌اس در بستگان درجه ۱ یا ۲، یا ۳ دارید؟ ۱. خیر  ۲. بله  ← تعداد ..... نفر ۳. نمی‌دانم

- در صورتی که سابقه خانوادگی ام‌اس دارد:

۳۸- سابقه ام‌اس در بستگان درجه ۱: ۱. همسر  ۲. پدر  ۳. مادر  ۴. خواهر  ۵. برادر  ۶. فرزند

۳۹- سابقه ام‌اس در بستگان درجه ۲: ۱. پدر بزرگ مادری  ۲. مادر بزرگ مادری  ۳. پدر بزرگ پدری  ۴. مادر بزرگ پدری

۵. عمو  ۶. عمه  ۷. دایی  ۸. خاله  ۹. نوه

۴۰- سابقه ام‌اس در بستگان درجه ۳: ۱. دختر/پسر عمو  ۲. دختر/پسر عمه  ۳. دختر/پسر خاله  ۴. دختر/پسر دایی  ۵. سایر  [ ]

۴۱- آیا قبل از ابتلا به ام‌اس به بیماری مزمن دیگری مبتلا بودید؟ ۱. بله  ۲. خیر

۴۲- اگر بله، کدامیک از بیماری‌های زیر بوده است؟

- فشار خون  دیابت  بیماری قلبی  بیماری ریوی  کم‌کاری تیروئید  پرکاری تیروئید  سرطان
- بیماری خودایمنی  سایر  [ ]

۴۳- هم اکنون همراه با بیماری ام اس چه بیماری دیگری دارید؟

فشار خون  دیابت  بیماری قلبی  بیماری ریوی  کم کاری تیروئید  پرکاری تیروئید  سرطان   
بیماری خودایمنی  سایر

۴۴- آیا سابقه جراحی بزرگ، قبل از بیماری ام اس داشته‌اید؟ ۱. خیر  ۲. بله  ← اگر جواب شما بله است: زیر ۲ سال  بالای ۲ سال

نوع و علت عمل

۴۵- آیا سابقه ضربه به سر شدید (که منجر به شکستگی یا خونریزی یا بیهوشی شده باشد) قبل از بیماری ام اس، داشته‌اید؟ نمی‌دانم  بله  خیر

چند سال قبل

چند مرتبه

۴۶- آیا تا به حال خون دریافت کرده‌اید؟ ۱. بله  ۲. خیر

**\*این قسمت تنها برای بانوان است\***

تعداد زایمان:

۴۷- آیا سابقه زایمان قبل از بیماری ام اس داشته‌اید؟ ۱. خیر  ۲. بله

نوع زایمان: طبیعی  سزارین  هر دو

تعداد زایمان:

۴۸- آیا سابقه زایمان بعد از بیماری ام اس داشته‌اید؟ ۱. خیر  ۲. بله

نوع زایمان: طبیعی  سزارین  هر دو

تعداد سقط:

۴۹- آیا سابقه سقط قبل از بیماری ام اس داشته‌اید؟ ۱. خیر  ۲. بله

سه ماهه اول  بعد از سه ماه  هر دو

تعداد سقط:

۵۰- آیا سابقه سقط بعد از بیماری ام اس داشته‌اید؟ ۱. خیر  ۲. بله

سه ماهه اول  بعد از سه ماه  هر دو

### بخش سوم) تشخیص Diagnosis

سن شروع اولین علائم ام اس:

۵۱- سال شروع اولین علائم ام اس:

سن تشخیص بیماری ام اس توسط پزشک:

۵۲- سال تشخیص بیماری ام اس توسط پزشک:

\*۵۳- نوع بیماری ام اس؟ (اختیاری)

۳- پیشرونده اولیه  (PP)

۲- عود کننده-بهبود یابنده  (RR)

۱  CIS

۵- پیشرونده-عود کننده  (RP)

۴- پیشرونده ثانویه  (SP)

۵۴- اولین علامت بیماری ام اس در شما به چه شکلی بوده است؟

حرکتی (ضعف اندامها)

حسی (بی حسی یا گزگز اندامها)

کاهش بینایی

علائم غیره

مشکل کنترل ادرار

دوبینی

اختلال تعادل

بخش چهارم) پیشرفت بیماری Progress

۵۵- تعداد کل بستری‌ها در بیمارستان به علت حمله بیماری ام‌اس:

- بدون بستری  ۱ مرتبه  ۲ مرتبه  ۳ مرتبه  ۴ مرتبه  ۵ مرتبه  ۶ مرتبه  ۷ مرتبه و بالاتر

۵۶- آیا بیماری شما به ام‌اس پیشرونده ثانویه تبدیل شده است؟ ۱. خیر  ۲. بله  ← اگر پاسخ بله است، چه سالی؟

۵۷- وضعیت جسمانی (راه رفتن) در حال حاضر:

۱. بدون محدودیت  ۲- بدون نیاز به کمک  $\geq 500$  متر  ۳- بدون نیاز به کمک ۳۰۰ متر تا ۵۰۰ متر   
۴- بدون نیاز به کمک ۲۰۰ متر تا ۳۰۰ متر  ۵- بدون نیاز به کمک ۱۰۰ متر تا ۲۰۰ متر   
۶- نیاز به کمک یکطرفه برای حداقل ۱۰۰ متر  ۷- نیاز به کمک دو طرفه برای راه رفتن   
۸- عدم توانایی در راه رفتن  ۹- ویلچر  ۱۰- محدود به تخت

\* ۵۸- نمره EDSS:  (اختیاری)

۵۹- آیا بیمار در طول ۶ ماه گذشته آزمایش MRI داده است؟ ۱. بله  ۲. خیر

\* ۶۰- آیا MRI جدید نسبت به قبل تفاوتی داشته است؟ ۱. بله  ۲. خیر  (اختیاری)

\* ۶۱- اگر بله، تعداد ضایعات جدید:  (اختیاری)

\* ۶۲- تعداد Gadolinium Enhancing Lesions:  (اختیاری)

۶۳- نوع حمله در یکسال اخیر:

- کاهش بینایی  حسی (بی حسی یا گزگز اندامها)  حرکتی (ضعف اندامها)   
اختلال تعادل  دوبینی  مشکل کنترل ادرار  علایم غیره

۶۴- آیا تا کنون مصرف سیگار داشته‌اید؟ ۱. خیر  ۲. بله

در صورتی که پاسخ شما بله است، مدت:  سال

از چه سنی:  تا چه سنی:

تعداد متوسط مصرف سیگار در روز:  نخ

تعداد متوسط سیگار در هفته:  نخ

۶۵- آیا تا کنون مصرف قلیان داشته‌اید؟ ۱. خیر  ۲. بله  مدت:  سال

از چه سنی:  تا چه سنی:  چند ساعت در هفته:

**بخش پنجم) درمان Treatments**

۶۶- داروهای مصرفی در طول ۲ سال اخیر:

نام دارو	سال شروع دارو	سال قطع دارو	علت قطع هر دارو
بدون دارو <input type="checkbox"/>			
بتافرون / اکستویا / زیفرون / اکتوفرون <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
آوونکس / سینووکس / اکتووکس <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
رییف / رسیژن / اکتوریف <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
کوپامر / سینومر / اسویمر / گلتری <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
مارلا / فینگولیمود / ژیلنیا / دانلوین / فینگولید / نورابکس / تورنزو / اوزانیمود <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
تایسبری <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
اوباجیو / تبازیو / جیوماید <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
تکفیدرا / سینوتک / دیفوزل / زادیوا / میلیوبایکس / تکزیفوما <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
لمترادا <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
ریتاکسی ماب / زیتاکس <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
میتوکرانترون / نوانترون <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
آزاتیوپرین / آزارام <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
سلسپت <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
اکرلیزوماب / زاکرل <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
IVIG <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
سیکلوفسفوماید <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
متوترکسات <input type="checkbox"/>			عوارض جانبی <input type="checkbox"/> عدم توانایی کنترل <input type="checkbox"/> نظر پزشک معالج <input type="checkbox"/> گرانی دارو <input type="checkbox"/> عدم تبعیت درمانی بیمار <input type="checkbox"/>
سایر <input type="checkbox"/>			

۶۷- هم اکنون تحت درمان چه دارویی هستید؟

- آونکس / سینوکس  اکتوکس  بتافرون / اکستویا  اکتوفرون  زیفرون  کوپامر / سینومر / اسویمر / گلتری
- تکفیدرا / سینوتک / دیفوزل / زادیو / میلوبایکس / تکزیفوما  اوباجیو / تازیو / جیوماید  تاییبری  داکلیزوماب  ریتاکسی ماب / زیتاکس
- میتوکرانترون / نوانترون  آزاتیوپرین / آزارام  سلسپت  ریپف / سیژن / اکتوریف  اکریلیزوماب / زاکرل  لمترادا
- سیکلوفسفوماید  متوترکسات  IVIG  مارلا / فینگولیمود / ژیلنیا / دانلین / فینگولید / نورابکس / تورنزو / اوزانیمود  بدون دارو

۶۸- اگر داروی دیگری غیر از موارد ذکر شده برای درمان ام اس استفاده می‌کنید، نام آن را ذکر کنید.

۶۹- از کدام روش درمانی زیر برای درمان حمله استفاده شده است؟

- کورتون تزریقی وریدی  پلاسمافرزس IVIG  ایمونوگلوبولین داخل وریدی  نمی‌دانم

۷۰- آیا از ابزار توانبخشی استفاده کرده‌اید؟ ۱. بله  ۲. خیر

- اگر بله، از کدام وسیله توانبخشی استفاده می‌کنید؟

- عصا  واکر  ویلچر  غیره  نام وسیله:

۷۱- آیا از روش‌های توانبخشی استفاده کرده‌اید؟ ۱. بله  ۲. خیر

فیزیوتراپی  چند جلسه:  کاردرمانی  چند جلسه:  گفتاردرمانی  چند جلسه:

۷۲- رضایت از درمان توانبخشی: بسیار کم  کم  متوسط  زیاد  بسیار زیاد

۷۳- آیا از روش‌های درمانی طب سنتی استفاده کرده‌اید؟ ۱. بله  ۲. خیر

۷۴- آیا از روش‌های درمانی طب سوزنی استفاده کرده‌اید؟ ۱. بله  ۲. خیر

۷۵- آیا از روش‌های زنبوردرمانی و غیره استفاده کرده‌اید؟ ۱. بله  ۲. خیر

۷۶- آیا از روش‌های درمانی دیگر استفاده کرده‌اید؟ ۱. بله  ۲. خیر  چه روشی:

۷۷- آیا این درمان مؤثر بوده است؟

۱. بله  ۲. خیر

۷۸- در صورت بله بودن میزان تأثیر را ذکر کنید: بسیار کم  کم  متوسط  زیاد  بسیار زیاد

**بخش ششم) ویزیت Visits**

۷۹- تاریخ تکمیل فرم:

۸۰- نام و نام خانوادگی پزشک معالج:

۸۱- نام و نام خانوادگی تکمیل‌کننده فرم: