

بخش اول) دموگرافیک Patient Profile / Identification

- ۱- نام بیمار: ۲- نام خانوادگی بیمار: ۳- تاریخ تولد: ۴- جنس: ۱. زن ۲. مرد
- ۵- کد ملی (از روی دفترچه بیمه و کامل) پر شود: ۵/۱. نام پدر:
- ۶- محل تولد: ۱. استان: ۲. شهر: ۳. روستا:
- ۷- محل سکونت در ۱ سال گذشته: ۱. استان: ۲. شهر: ۳. روستا:
- ۸- شماره تماس: ۱. تلفن ثابت با کد: ۲. تلفن همراه:

بخش دوم) سابقه بیماری / Familial History

- ۱- آیا سابقه خانوادگی بیماری ام اس در بستگان درجه ۱ یا ۲ یا ۳ دارید؟ ۱. خیر ۲. بله تعداد نفر ۳. نمی دانم
- ۱/۲- سابقه ام اس در بستگان درجه ۱: ۱. همسر ۲. پدر ۳. مادر ۴. خواهر ۵. برادر ۶. فرزند
- ۱/۳- سابقه ام اس 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
- ۱/۴- سابقه ام اس در بستگان درجه ۳: ۱. دختر/پسر عمو ۲. دختر/پسر عمه ۳. دختر/پسر خاله ۴. دختر/پسر دایی
- سایر

بخش سوم) تشخیص / Diagnosis

- ۱- تاریخ شروع اولین علائم ام اس: ۲- تاریخ تشخیص بیماری ام اس توسط پزشک:
- *۳- نوع بیماری ام اس:
۱. CIS ۲. عود کننده-بهبود یابنده (RR) ۳. پیشرونده اولیه (PP)
۴. پیشرونده ثانویه (SP) ۵. پیشرونده- عود کننده (RP)

بخش چهارم) پیشرفت بیماری / Progress

- ۱- تعداد کل بستری ها در بیمارستان به علت حمله بیماری ام اس: بدون بستری ۱ مرتبه ۲ مرتبه ۳ مرتبه
- ۴ مرتبه ۵ مرتبه ۶ مرتبه ۷ مرتبه و بالاتر
- ۲- تبدیل به ام اس پیشرونده ثانویه: ۱. خیر ۲. بله ← اگر پاسخ بلی است چه سالی؟
- ۳- وضعیت جسمانی (راه رفتن) در حال حاضر:
۱. بدون محدودیت ۲. بدون نیاز به کمک ≥ 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
- *۴- نمره EDSS: (اختیاری)

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

*۶- آیا MRI جدید نسبت به قبل تفاوتی داشته است؟ بلی ۱. خیر ۲.

*۷- اگر بلی تعداد ضایعات جدید (عدد):

*۸- تعداد Gadolinium Enhancing Lesions:

بخش پنجم) درمان / Treatments

۱- داروهای مصرفی در طول ۵ سال اخیر:

علت قطع دارو						سال قطع دارو	سال شروع دارو	نام دارو
۶. عدم تبعیت درمانی بیمار	۵. گرانی دارو	۴. نظر پزشک معالج	۳. عدم توانایی کنترل	۲. بارداری	۱. عوارض جانبی			<input type="checkbox"/> 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
								مارلا / فینگولیمود / ژیلنیا / دانلین / فینگولید / نورابکس / تورنزو / اوزانیمود <input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/> تاپسیری
								<input type="checkbox"/> اوباجیو / تباژیو / جیوماید
								تکفیدرا / سینوتک / دیفوزل / زادیوا / میلیوبایکس / تکزیفوما <input type="checkbox"/>
								<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"/> اکریلوزوماب / زاکرل
								<input type="checkbox"/> IVIG
								<input type="checkbox"/> سیکلوفسفوماید
								<input type="checkbox"/> متوترکسات
								<input type="checkbox"/> سایر

بخش ششم) ویزیت / Visits

۱- نام و نام خانوادگی پزشک معالج:

۲- نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

۳- تاریخ تکمیل فرم: