

## 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 ☐ خانه دار ☐ 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 ایتم 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 ☐

### بخش دوم) سابقه بیماری Familial History

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 ☐ تعداد .....

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 ☐ تعداد ..... ۶. عمه ☐ تعداد ..... ۷. دایی ☐ تعداد ..... ۸. خاله ☐ تعداد ..... ۹. نوه ☐ تعداد .....

۴۰- سابقه ام‌اس در بستگان درجه ۳: ۱. دختر/پسر عمو ☐ تعداد ..... ۲. دختر/پسر عمه ☐ تعداد ..... ۳. دختر/پسر خاله ☐ تعداد .....

۴. دختر/پسر دایی ☐ تعداد ..... ۵. سایر ☐ تعداد .....

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 اماس 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 اماس 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 اماس، داشته‌اید؟ نمی‌دانم ☐ بله ☐ خیر ☐

چند مرتبه  چند سال قبل

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

**\*این قسمت تنها برای بانوان است\***

۴۷- آیا سابقه زایمان قبل از بیماری اماس داشته‌اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بله ☐ تعداد زایمان:

نوع زایمان: طبیعی ☐ سزارین ☐ هر دو ☐

۴۸- آیا سابقه زایمان بعد از بیماری اماس داشته‌اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بله ☐ تعداد زایمان:

نوع زایمان: طبیعی ☐ سزارین ☐ هر دو ☐

۴۹- آیا سابقه سقط قبل از بیماری اماس داشته‌اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بله ☐ تعداد سقط:

سه ماهه اول ☐ بعد از سه ماه ☐ هر دو ☐

۵۰- آیا سابقه سقط بعد از بیماری اماس داشته‌اید؟ ۱. خیر ☐ ۲. بله ☐ تعداد سقط:

سه ماهه اول ☐ بعد از سه ماه ☐ هر دو ☐

### بخش سوم) تشخیص Diagnosis

سن شروع اولین علائم اماس:

۵۱- سال شروع اولین علائم اماس:

سن تشخیص بیماری اماس توسط پزشک:

۵۲- سال تشخیص بیماری اماس توسط پزشک:

\* پزشک ۵۳- نوع بیماری اماس؟ (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 اماس در شما به چه شکلی بوده است؟

کاهش بینایی ☐

حسی (بی حسی یا گزگز اندامها) ☐

حرکتی (ضعف اندامها) ☐

اختلال تعادل ☐

دوبینی ☐

مشکل کنترل ادرار ☐

علائم غیره ☐

**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 ☐

\* پزشک ۵۸- نمره EDSS:  (اختیاری)

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

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

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

\* پزشک 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 ☐ علائم 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"/> |
| ربیف / 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 / دانلین / تورنزو / فینگولید / نورابکس / اوزانیمود / سیپونیمود <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 / تری فلونوماید <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 / تکزیفوما / میلوبایکس / تکرا <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"/> |
| کلادریبین <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؟

آوونکس / سینووکس ☐ اکتووکس ☐ بتافرون / اکستویا ☐ اکتوفرون ☐ زیفرون ☐ کوپامر / سینومر / اسویمر / گلتری ☐

تکفیدرا / سینوتک / دیفوزل / زادیوا / تکزیفوما / میلوبایکس / تکرا ☐ اوباجیو / تبازیو / جیوماید / تری فلونوماید ☐ تایسبری ☐ داکلیزوماب ☐ سلسپت ☐

ریتاکسی ماب / زیتاکس ☐ میتوکرانترون / نوانترون ☐ آزاتیوپرین / آزارام ☐ ربیف / رسیژن / اکتوریف ☐ اکرلیزوماب / زاکرل ☐

لمترادا ☐ سیکلوفسفوماید ☐ متوترکسات ☐ IVIG ☐ مارلا / فینگولیمود / ژیلنیا / دانلین / تورنزو / فینگولید / نورابکس / اوزانیمود / سیپونیمود ☐

کلادریبین ☐ بدون دارو ☐

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

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

کورتون تزریقی وریدی ☐ پلاسمافرزيس IVIG ☐ ایمونوگلوبولین داخل وریدی ☐ نمی دانم ☐

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 تکمیل کننده فرم: