

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 اماس در بستگان درجه ۱ یا ۲ یا ۳ دارید؟ ۱. خیر □ ۲. بله □ تعداد نفر ۳. نمی‌دانم □
- ۲/۱- سابقه اماس در بستگان درجه ۱: ۱. همسر □ ۲. پدر □ ۳. مادر □ ۴. خواهر □ تعداد ۵. برادر □ تعداد ۶. فرزند □ تعداد
- ۳/۱- 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
- ۴/۱- 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

بخش سوم) تشخیص / Diagnosis

- ۱- تاریخ شروع اولین علائم اماس: ۲- تاریخ تشخیص بیماری اماس توسط پزشک:
- *(پزشک) ۳- نوع بیماری اماس:
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 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 □
- *(پزشک) ۲- تبدیل به اماس پیشرونده ثانویه: ۱. خیر □ ۲. بله □ اگر پاسخ بلی است چه سالی؟
- *(پزشک) 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 □

*(پزشک) ۴- نمره EDSS: (اختیاری)

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

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

*(پزشک) ۷- اگر بلی تعداد ضایعات جدید (عدد):

*(پزشک) ۸- تعداد Gadolinium Enhancing Lesions:

بخش پنجم) درمان / Treatments

۱- داروهای مصرفی در طول ۵ سال اخیر:

علت قطع دارو						سال شروع دارو	سال قطع دارو	نام دارو
۱. عوارض جانبی	۲. بارداری	۳. عدم توانایی کنترل	۴. نظر پزشک معالج	۵. گرانی دارو	۶. عدم تبعیت درمانی بیمار			
								بدون دارو ☐
								بتافرون / اکستویا / زیفرون / اکتوفرون ☐
								آوونکس / سینووکس / اکتووکس ☐
								ربیف / رسیژن / اکتوریف ☐
								کوپامر / سینومر / اسویمر / گلتری ☐
								مارلا / فینگولیمود / ژیلنیا / دانلوین / تورنزو / فینگولید / نورابکس / اوزانیمود / سیپونیمود ☐
								تایسبری ☐
								اوباجیو / تباژیو / جیوماید / تری فلونوماید ☐
								تکفیدرا / سینوتک / دیفوزل / زادیوا / تکزیفوما / میلوبایکس / تکرا ☐
								لمترادا ☐
								ریتاکسی ماب / زیتاکس ☐
								میتوکرانترون / نوانترون ☐
								آزاتیوپرین / آزارام ☐
								سلسپت ☐
								اکرلیزوماب / زاکرل ☐
								IVIG ☐
								سیکلوفسفوماید ☐
								متوترکسات ☐
								کلادریبین ☐
								سایر ☐

بخش ششم) ویزیت / Visits

۱- نام و نام خانوادگی پزشک معالج:

۲- نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

۳- تاریخ تکمیل فرم: