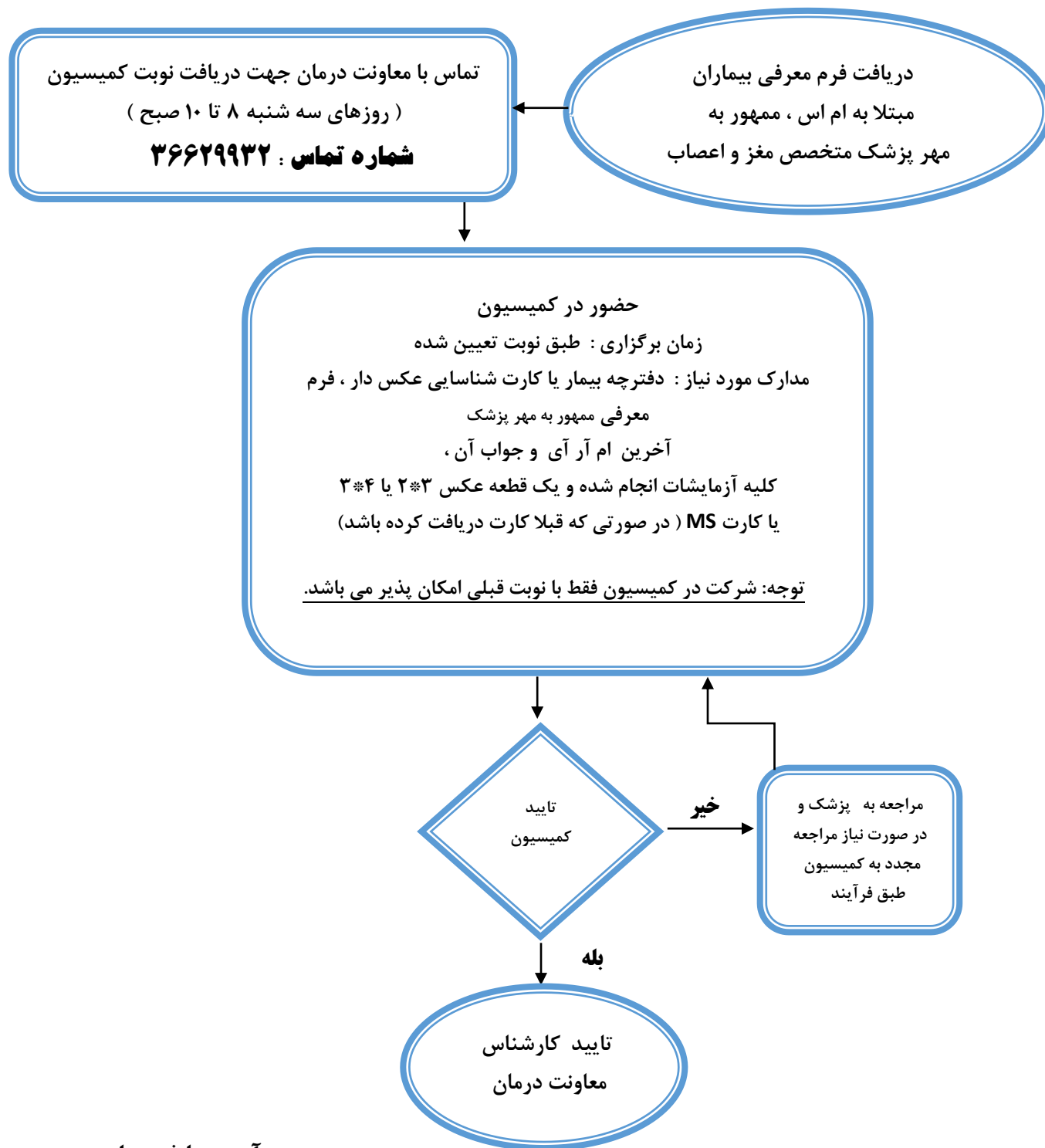


فرم معرفی بیماران MS به کمیته دانشگاهی

این قسمت توسط بیمار تکمیل گردد	<p>نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد:/...../.....</p> <p>محل تولد: کدملی: میزان تحصیلات:</p> <p>رشته تحصیلی: شماره کارت ms: سایر: <input type="checkbox"/></p> <p>نوع بیمه: تأمین اجتماعی: <input type="checkbox"/> خدمات درمانی (سلامت): <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح: <input type="checkbox"/> شماره بیمه: نشانی: <input type="checkbox"/></p> <p>تلفن ثابت: تلفن همراه:</p>														
این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد	<p>یافته های بالینی: (به اختصار توضیح داده شود)</p> <p>سال تشخیص بیماری: بیمار قادر به راه رفتن به طول ۱۰۰ متر بدون کمک می باشد <input type="checkbox"/> نوع بیماری: <input type="checkbox"/> نمی باشد</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> PRIMARY PROGRESSIVE</td> <td><input type="checkbox"/> ACTIVE</td> <td><input type="checkbox"/> NON ACTIVE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SECONDARY PROGRESSIVE</td> <td><input type="checkbox"/> ACTIVE</td> <td><input type="checkbox"/> NON ACTIVE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RELAPSING REMITTING</td> <td><input type="checkbox"/> AGGRESSIVE</td> <td><input type="checkbox"/> NON AGGRESSIVE</td> <td><input type="checkbox"/> RAPIDLY EVOLING</td> </tr> </table> <p>نیاز به درمان دارویی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>نام داروی مورد نیاز: (لطفاً نام دقیق دارو و اعم از برند یا ژنریک قید گردد)</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء پزشک معالج متخصص مغز و اعصاب</p> <p>علت ارجاع بیمار به معاونت درمان: بیمار مورد جدید است: <input type="checkbox"/> بیمار نیاز به تغییر خط دارویی دارد: <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> بیماری تأیید می شود <input type="checkbox"/> بیماری تأیید نمی شود</p> <p><input type="checkbox"/> داروی مورد نظر تأیید می شود <input type="checkbox"/> داروی مورد نظر تأیید نمی شود</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء اعضای کمیته MS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1.</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">2.</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">3.</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> PRIMARY PROGRESSIVE	<input type="checkbox"/> ACTIVE	<input type="checkbox"/> NON ACTIVE	<input type="checkbox"/> SECONDARY PROGRESSIVE	<input type="checkbox"/> ACTIVE	<input type="checkbox"/> NON ACTIVE	<input type="checkbox"/> RELAPSING REMITTING	<input type="checkbox"/> AGGRESSIVE	<input type="checkbox"/> NON AGGRESSIVE	<input type="checkbox"/> RAPIDLY EVOLING	1.	2.	3.	
<input type="checkbox"/> PRIMARY PROGRESSIVE	<input type="checkbox"/> ACTIVE	<input type="checkbox"/> NON ACTIVE													
<input type="checkbox"/> SECONDARY PROGRESSIVE	<input type="checkbox"/> ACTIVE	<input type="checkbox"/> NON ACTIVE													
<input type="checkbox"/> RELAPSING REMITTING	<input type="checkbox"/> AGGRESSIVE	<input type="checkbox"/> NON AGGRESSIVE	<input type="checkbox"/> RAPIDLY EVOLING												
1.	2.														
3.															
نظریه کمیته MS	<p>بیمار در تاریخ جهت حواله دارویی توسط کارشناس معرفی می گردد.</p> <p style="text-align: center;">امضاء کارشناس امور بیمارهای خاص دانشگاه</p>														

اداره امور بیماری های معاونت درمان
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
فرآیند حضور بیمار در کمیسیون MS



آدرس معاونت درمان:

خیابان شهید قدوسی (آبادانا اول) ، روبروی بانک سپه
معاونت درمان ، اتاق ۱۰۲، اداره امور بیماریها
شماره تماس: ۳۶۶۲۹۹۳۲

آدرس محل برگزاری کمیسیون :

خیابان شیخ مفید ، کلینیک الزهرا
* * حضور بیمار در کمیسیون الزامی است . * *