



فرم معرفی بیماران MS به کمیته دانشگاهی

این قسمت توسط بیمار تکمیل گردد	نام و نام خانوادگی : نام پدر: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: محل صدور شناسنامه: کد ملی : محل تولد: میزان تحصیلات: رشته تحصیلی: شماره بیمه : نوع بیمه: ☐ تامین اجتماعی ☐ خدمات درمانی (سلامت) ☐ نیروهای مسلح ☐ سایر محل سکونت فعلی بیماران : نشانی : محدوده سکونت بیمار در ۵ سال اخیر: شماره تماس :
این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد	یافته های بالینی : (به اختصار توضیح داده شود) سال تشخیص بیماری : بیمار قادر به راه رفتن به طول ۱۰۰ متر بدون کمک ☐ می باشد ☐ نمی باشد نوع بیماری : ☐ primary progressive : ☐ Active ☐ non Active ☐ Secondary progressive : ☐ Active ☐ non Active ☐ Relapsing Remitting : ☐ aggressive ☐ non aggressive ☐ Cls نیاز به درمان دارویی: ☐ دارد ☐ ندارد نام داروی مورد نیاز : (لطفا نام دقیق دارو اعم از برند یا ژنریک قید گردد) : مهر و امضاء پزشک معالج متخصص مغز و اعصاب : علت ارجاع بیمار به معاونت درمان : بیمار مورد جدید است ☐ بیمار نیاز به تغییر خط دارویی دارد ☐
تاییدیه کمیته ام اس	☐ بیماری تأیید می شود : ☐ نیاز به داروی مورد نظر دارد ☐ نیاز به داروی مورد نظر ندارد مهر و امضای اعضای کمیته ام اس : ۱: ۲: ۳:
بیمار در تاریخ	جهت حواله داروی توسط کارشناس معرفی می گردد. امضاء کارشناس امور بیماریهای خاص دانشگاه

مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

بستری موقت و بستری در بخش بر حسب ضرورت