

کد:

نام بیمارستان/مرکز:

فرم ريجستري مرکز تحقيقات

بخش اول) دموگرافيك identification

1- نام بیمار:

2- نام خانوادگی بیمار:

3- سال تولد: 1. ماه: 2. روز 3. سن

4- کد ملی:

5- جنس: 1. زن 2. مرد

6- محل تولد: 1. استان: 2. شهر: 3. روستا:

7- محل سکونت در 1 سال گذشته: 1. استان: 2. شهر: 3. روستا:

8- شماره تماس: 1. تلفن ثابت با کد: 2. تلفن همراه:

بخش دوم) سابقه خانوادگی familial history

9- آیا سابقه خانوادگی بیماری ام اس در بستگان درجه 1 یا 2 یا 3 دارید؟

1. خیر 2. بله 2.1. تعداد.....نفر 3. نمیدانم

10- سابقه ام اس در بستگان درجه 1: 1. همسر 2. پدر 3. مادر

4. خواهر 5. برادر 6. فرزند

11- سابقه ام اس در بستگان درجه 2: 1. پدر بزرگ مادری

مادر بزرگ مادری 3. پدر بزرگ پدری 4. مادر بزرگ پدری

عمو 6. عمه 7. دایی 8. خاله 9. نوه

12- سابقه ام اس در بستگان درجه 3: 1. دختر/پسر عمو

دختر/پسر عمه 3. دختر/پسر خاله 4. دختر/پسر دایی

بخش سوم) diagnosis تشخیص

13- سال شروع اولین علائم ام اس:

14- سن شروع اولین علائم ام اس:

15- سال تشخیص بیماری ام اس توسط پزشک:

16- سن تشخیص بیماری ام اس توسط پزشک:

17- نوع بیماری ام اس :

CIS

عود کننده-بهبود یابنده (RR)

پیشرونده اولیه (PP)

پیشرونده ثانویه (SP)

پیشرونده-عود کننده (RP)

بخش چهارم) progress

18- تعداد کل بستری ها در بیمارستان به علت حمله بیماری ام اس: بدون بستری 1 مرتبه 2 مرتبه 3 مرتبه 4 مرتبه 5 مرتبه

6 مرتبه 7 مرتبه و بالاتر

19- آیا بیماری شما به ام اس پیشرونده ثانویه تبدیل شده است؟ خیر 2. بله 1/2. سال -----

20- وضعیت جسمانی (براه رفتن) در حال حاضر:

بدون محدودیت

بدون نیاز به کمک ≥ 500 متر

بدون نیاز به کمک 300 متر تا 500 متر

بدون نیاز به کمک 200 متر تا 300 متر

بدون نیاز به کمک 100 متر تا 200 متر

نیاز به کمک یکطرفه برای حداقل 100 متر

نیاز به کمک دو طرفه برای راه رفتن

عدم توانایی در راه رفتن

ویلچر

محدود به تخت

21-نمره EDSS:

22- آیا بیمار در طول 6 ماه گذشته آزمایش MRI داده است؟ 1. بلی 2. خیر

23- آیا MRI جدید نسبت به قبل تفاوتی داشته است؟ 1. بلی 2. خیر

24- اگر بلی، 1. تعداد ضایعات جدید

25- تعداد Gadolinium Enhancing Lesions

بخش پنجم) درمان treatments

26- داروهای مصرفی در طول 5 سال اخیر:

نام دارو	سال شروع دارو	سال قطع دارو	علت قطع هر دارو
بتافرون / اکستویا <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"/>
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 <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"/>
اکتوکس <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"/>
رییف / رسیزن <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"/>
سان ریف <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"/>
پلگریدی <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 <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 <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 <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 <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 <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"/>		
داکلیزوماب <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"/>		
میتوکزانترون/ 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 <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 <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"/>		

بخش ششم (ویزیت visits)

27- تاریخ تکمیل فرم:

28- نام و نام خانوادگی پزشک معالج:

29- نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

پایان