

فرم تأیید ابتلا به بیماری های خاص و صعب العلاج

مشخصات بیمار

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد:

شماره شناسنامه: نام پدر: شماره ملی:

شماره عضویت بیمه شده اصلی: شماره پرونده بیمار:

آدرس و تلفن پزشک معالج:

نام بیماری

الف - هموفیلی:

هموفیلی A

هموفیلی B

فون ویلبراند

کمبود فاکتور VII

برنارد - سولیر

ترومباستنی گلنزمین

آفیبرینوژنمی

ب- تالاسمی:

تالاسمی الفا (HbH)

تالاسمی بتا

(۱) ماژور

(۲) متوسط

هموگلوبین لپور (هموزیگوت)

و- سایر (با ذکر نام بیماری)

ه- سرطان

د- MS

ج- دیالیزی، پیوند

نام و میزان داروهای اختصاصی در ماه (در صورتیکه بیمار از شیوه های درمانی یا لوازم پزشکی خاصی استفاده می نماید ذکر گردد):

آزمایش CSF

آزمایشات EP

MRI

اقدامات تشخیصی انجام شده:

سایر (لطفاً اقدام تشخیصی نام برده شود):

مراتب فوق مورد تأیید است

محل مهر، امضاء و تاریخ پزشک معالج