



این قسمت توسط بیمار تکمیل گردد	نام و نام خانوادگی : نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور شناسنامه: تاریخ تولد: میزان تحصیلات: رشته تحصیلی: شماره بیمه: نوع بیمه: محل سکونت فعلی بیماران: کد ملی: خدمات درمانی (سلامت) □ نیروهای مسلح □ سایر □ 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 □ Rapidly evolving □ CIs 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 □
نظریه کمیته MS	□ بیماری تأیید می شود: □ نیاز به داروی مورد نظر دارد مهر و امضای اعضای کمیته ام اس: ۱: ۲: ۳:
بیمار در تاریخ جهت حواله داروی توسط کارشناس بیماری های خاص معرفی می گردد. امضاء کارشناس امور بیماریهای خاص دانشگاه:	