


کد مدرک 08 FM 009 02	فرم	 سازمان بهداشت ایران اداره کل سلامت استان
	تأیید ابتلا به بیماریهای خاص	

مشخصات بیمار:

نام خانوادگی: نام خانوادگی: نام پدر: نام پدر: شماره ملی: شماره ملی: آدرس و تلفن: آدرس و تلفن:

تاریخ تولد: تاریخ تولد: شماره بیمه: شماره بیمه: شماره کارت هویت ویژه / گذرنامه معتبر: شماره شناسنامه: شماره پرونده مطب:

نام بیماری خاص:

- الف - هموفیلی
- ب - تالاسمی
- ۱) هموفیلی A
- ۲) هموفیلی B
- ۳) فون ویلراند
- ۴) کمبود فاکتور VII
- ۵) برنارد - سولیر
- ۶) ترومباستنی گلنزم
- ۷) آفیبرینوژنمی
- ۱) تالاسمی الفا (HbH)
- ۲) تالاسمی بتا
- الف) ماژور
- ب) متوسط
- ۳) هموگلوبین لپور (هموزیگوت)
- ج - دیالیزی
- د - پیوندی
- هـ - MS

نام داروهای اختصاصی:

میزان مصرف داروهای اختصاصی در ماه:

اقدامات تشخیصی انجام شده:

- MRI
- آزمایشات EP
- آزمایش CSF
- سایر (لطفاً اقدام تشخیصی نام برده شود).....

مراتب فوق مورد تأیید است:

محل مهر، امضاء و تاریخ پزشک معالج:

آدرس و تلفن پزشک:

محل مهر، امضاء و تاریخ پزشک معتمد اداره کل