

فرم تایید و ثبت بیماری تالاسمی

اطلاعات بیمار	<p>نام و نام خانوادگی بیمار: _____ کدملی: _____</p> <p>تاریخ تولد (روز/ماه/سال): _____</p> <p>نام پدر: _____ شماره همراه: _____ شماره تلفن ثابت: _____</p> <p>استان محل سکونت: _____ شهر محل سکونت: _____</p> <p>آدرس محل سکونت: _____</p> <p>وضعیت خویشاوندی: <input type="radio"/> غریبه <input type="radio"/> خویشاوند</p> <p>سابقه بیماری در بستگان: <input type="radio"/> خواهر <input type="radio"/> برادر <input type="radio"/> سایر بستگان</p>
بیمه	<p>نوع بیمه: _____ شماره بیمه: _____</p>
پزشک معالج	<p>نام و نام خانوادگی پزشک: _____ تخصص: _____</p> <p>شماره نظام پزشکی: _____</p>
اطلاعات بیماری	<p>وضعیت تالاسمی: _____</p> <p>ماژور <input type="checkbox"/> اینترمدیا <input type="checkbox"/> سیکل تالاسمی <input type="checkbox"/> سیکل سل <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p> <p>سال تشخیص: _____ سال شروع درمان: _____</p> <p>نام مرکز درمانی: _____</p>
تایید قطعی پزشک کمیته	<p>گواهی میشود نامبرده براساس مستندات موجود و معاینات بالینی مبتلابه بیماری تالاسمی نوع.....</p> <p>می باشد.</p> <p style="text-align: center;">مهر و امضاء پزشک کمیته</p>
	<p>مهر و امضاء پزشک کمیته</p>

اطلاعات دارویی

نام دارو:

دوز دارو:

تاریخ تجویز:

نحوه مصرف::

تعداد کل تجویز شده:

پزشک تجویز کننده:

**نام داروخانه: