


بنام خدا

محل الصاق عکس	انجمن حمایت از بیماران تالاسمی ایران	 انجمن تالاسمی ایران
	فرم پرسشنامه آماری جهت عضویت در انجمن شماره ثبت ۳۷۶۵ شماره عضویت: _____ تاریخ عضویت: _____	

نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه و محل صدور	تاریخ و محل تولد	کد ملی

گروه خونی	آدرس محل سکونت و شماره تلفن بیمار			وضعیت تأهل
	استان:	شهرستان:	تلفن:	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل تعداد فرزندان:
	آدرس:		کدپستی:	

وضعیت درمانی، پزشکی و داروهای مصرفی

وزن کیلوگرم	قد سانتیمتر	سن تشخیص بیماری	سن شروع تزریق خون	فاصله تزریق خون	میزان تزریق خون (تعداد واحد)	نوع خون تزریقی
نام پزشک معالج		نام و آدرس و شماره تلفن بیمارستان محل تزریق خون				
بیمارستان:		شهرستان:		خیابان:		تلفن:
آیا بیمار داروی آهن زدا مصرف می کند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			آیا بیمار قرص هیدروکسی مصرف می کند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
نوع داروی آهن زدای مصرفی:			تعداد مصرف قرص هیدروکسی اوره در هفته؟ عدد			
<input type="checkbox"/> دسفرال	<input type="checkbox"/> دسفوناک	<input type="checkbox"/> اکس جید	آیا بیمار قرص دفریپرون (L1) مصرف می کند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
<input type="checkbox"/> اوسورال	<input type="checkbox"/> دیفریپرون	<input type="checkbox"/> دفروکسامین	میزان داروی مصرفی در روز عدد			
تعداد داروی تزریقی در هفته؟ عدد			آیا پمپ تزریق داروی آهن زدا دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
تعداد داروی خوراکی در هفته؟ عدد			سن شروع مصرف دسفرال؟ سالگی			
قرص فولیک اسید مصرفی در ماه؟ عدد			آیا بیمار طحال برداری شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
نوع تالاسمی: اینترمدیا <input type="checkbox"/> مازور <input type="checkbox"/>		سن طحال برداری بیمار؟				
<input type="checkbox"/> سایکل سل	<input type="checkbox"/> هموگلوبین H	<input type="checkbox"/> سایکل سل تالاسمی	تاریخ واکسیناسیون پنوموکوک: / / ۱۳.....			
<input type="checkbox"/> تالاسمی D	<input type="checkbox"/> تالاسمی E	<input type="checkbox"/> سایر:	تعداد پنی سیلین خوراکی مصرفی در هفته عدد			
آیا برای پیوند مغز استخوان اقدام نموده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			تاریخ پیوند: / / ۱۳..... مرکز پیوند:			
نوع خون تزریقی: خون کامل <input type="checkbox"/> خون شسته شده <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> فیلتر لوکوسیت کنار تخت <input type="checkbox"/> فیلتر قبل از ذخیره سازی		<input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم <input type="checkbox"/> خون منجمد <input type="checkbox"/> خون فیلتر شده <input type="checkbox"/>		
آیا آزمایش ژنتیک تعیین موناسیون انجام شده؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			نوع موتاسیون: _____			
آیا آزمایش HLA نوع ۱ و ۲ انجام شده؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			جواب آزمایش: _____			
نتایج آخرین آزمایشات:						
قند	فریتین	ALT	AST	Ca		
P	T4	T3	TSH	PTH		

* گروه خون : (A+) (A-) (B+) (B-) (O+) (O-) (AB+) (AB-)

* گروه خونی فرعی: ندارد دارد نوع گروه خونی فرعی:

* تحصیلات : رشته تحصیلی :

سوابق فرهنگی ، ورزشی، هنری ندارد دارد رشته فعالیتی و مقام کسب شده :

وضعیت اشتغال ندارد دارد شغل :

وضعیت مسکن ندارد دارد مالکیت مسکن : ملکی استیجاری

نام پدر	تاریخ تولد پدر	محل تولد پدر	شغل پدر	تحصیلات پدر	گروه خون پدر

نام مادر	تاریخ تولد مادر	محل تولد مادر	شغل مادر	تحصیلات مادر	گروه خون مادر

آیا پدر و مادر فامیل هستند؟ بله خیر نسبت مادر با پدر؟ خیر بله

تعداد خواهران و برادران بیمار؟ خواهران : برادران :

آیا بیمار تالاسمی ماژور دیگری در خانواده وجود داشته؟ بله خیر نسبت آن با بیمار :

آیا بیمار تحت پوشش بیمه قرار دارد؟ بله خیر شماره بیمه :

سابقه ابتلاء به دیابت : ندارد دارد نوع دیابت ؟ نوع اول(انسولین) نوع دوم(قرص)

آخرین آزمایشات : HBA1C FBS سایر :

داروی مصرفی دیابت :

سابقه ابتلاء به بیماری ثانویه : هیپاتیت B هیپاتیت C ایدز

تاریخ دریافت اولین جواب ابتلاء به هیپاتیت/...../..... ۱۳..... نوع ژنوتایپ ویروس ؟ وایرال لود ویروس تاریخ شروع درمان :/...../..... ۱۳.....

آیا سابقه درمان هیپاتیت دارد؟ بله خیر

آیا شکست درمان داشته است؟ بله خیر

آیا سیروز کبدی دارد؟ بله خیر

روش تشخیصی سیروز چه بوده است ؟ ۱. بیوپسی ۲. فیبروز ۳. علایم و آزمایشات دیگر

آیا بیمار نارسایی کلیه دارد؟ بله خیر

آیا بیمار مشکل قلبی دارد ؟ بله خیر

در صورت داشتن بیماری قلبی، چه نوع دارویی مصرف می نمایید؟

در صورت درمان هیپاتیت C چه دارویی مصرف نموده اید ؟

آخرین آزمایشات:

Hev Ab : NEG POS

Hev blot : NEG POS Rcutive