


کد مدرک  08 FM 009 02	فرم	 سازمان بهداشت ایران اداره کل بیماری‌های نادر
	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
- 1) هموفیلی A
- 2) هموفیلی B
- 3) فون ویلبراند
- 4) کمبود فاکتور VII
- 5) برنارد - سولیر
- 6) ترومباستنی گلنژمن
- 7) آفیبرینوژنمی
- ب - تالاسمی
- 1) تالاسمی الفا (HbH)
- 2) تالاسمی بتا
- الف) ماژور
- ب) متوسط
- 3) هموگلوبین لپور (هموزیگوت)
- ج - دیالیزی
- د - یبونی
- 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