

فرم ثبت اطلاعات بیماران CML برای پایش درمان (MRD) آزمایش کمی BCR-ABL

اطلاعات مراجعه کننده/ بیمار

نام و نام خانوادگی: _____ تاریخ تولد: _____ جنس: مذکر مؤنث

کد ملی: _____ تاریخ مراجعه: _____ تلفن تماس: (ثابت/همراه) _____

پزشک معالج: _____ بستری (در) سرپایی

محل نمونه برداری: _____ آزمایشگاه پیوند ارسالی (از) _____

علت مراجعه در زمان تشخیص بیماری:

علائم بیماری در زمان تشخیص: ضعف و بی حالی خستگی مزمن درد در ناحیه شکم درد استخوانی

خونریزی و کبودی تعریق شبانه کاهش وزن بی اشتها احساس سیری زودرس

زمان شروع علائم (مدت تشخیص بیماری):

نوع دارو در حال حاضر (به همراه نام شرکت تولید دارو):

مدت زمان مصرف دارو:

مقدار مصرف دارو (قرص/کپسول): ۱۰ ۲۰ ۳۰ ۴۰ ۵۰ ۶۰

تغییر در نوع دارو: دارد (داروی قبلی): ندارد

تغییر در مقدار دارو: دارد (مقدار مصرف قبلی): ندارد

آیا به دلایل مختلف مصرف دارو را فراموش کرده یا اجتناب کرده اید؟ بله خیر

در صورتی که پاسخ به سوال فوق مثبت است علت را ذکر بفرمایید: عدم توضیح کافی پزشک معالج هزینه دارو خوب بودن حال عمومی توصیه دوستان ایام تعطیل مشغله کاری غیره

سابقه بیماری مشابه در خانواده: دارد (نوع بیماری): ندارد

در صورت داشتن جواب آزمایش قبلی لطفا ضمیمه فرم فوق شود.

