

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

| | |
|---|---|
| اطلاعات مراجعه کننده/بیمار | |
| نام و نام خانوادگی: | تاریخ تولد: |
| کدملی: | تاریخ مراجعه: |
| جنس: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث | تلفن تماس: |
| محل نمونه برداری: <input type="checkbox"/> آزمایشگاه پیوند <input type="checkbox"/> ارسالی از () | |
| علت مراجعه در زمان تشخیص: | |
| علائم بیماری در زمان تشخیص: | |
| <input type="checkbox"/> ضعف و بی حالی | <input type="checkbox"/> خستگی مزمن |
| <input type="checkbox"/> کاهش وزن | <input type="checkbox"/> بی اشتها |
| <input type="checkbox"/> درد در ناحیه شکم | <input type="checkbox"/> درد استخوانی |
| <input type="checkbox"/> احساس سیری زودرس | <input type="checkbox"/> بی اشتها |
| <input type="checkbox"/> تعریق شبانه | <input type="checkbox"/> خونریزی و کبودی |
| زمان تشخیص بیماری: | |
| نوع بیماری: | |
| <input type="checkbox"/> CML | <input type="checkbox"/> B-ALL |
| <input type="checkbox"/> MPAL-B/Myeloid | <input type="checkbox"/> AML |
| سابقه بیماری مشابه در خانواده: <input type="checkbox"/> دارد نوع بیماری: <input type="checkbox"/> ندارد | |
| نوع دارویی (به همراه نام شرکت تولید دارو) که در حال حاضر مصرف می کنید: | |
| مدت زمانی که داروی فوق را مصرف می کنید: | |
| تغییر در نوع دارو: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد | |
| در صورت داشتن تغییر در نوع دارو، به ترتیب نام برده شود: | |
| 1- نام اولین دارو: | مدت زمان مصرف اولین دارو: |
| 2- نام دومین دارو: | مدت زمان مصرف دومین دارو: |
| 3- نام سومین دارو: | مدت زمان مصرف سومین دارو: |
| 4- | |
| آیا به دلایل مختلف مصرف دارو را فراموش کرده یا اجتناب کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر | |
| مدت زمان قطع مصرف دارو: | |
| علت قطع مصرف دارو: | |
| <input type="checkbox"/> عدم توضیح کافی پزشک معالج | <input type="checkbox"/> هزینه دارو |
| <input type="checkbox"/> کمبود دارو | <input type="checkbox"/> ایام تعطیل |
| <input type="checkbox"/> خوب بودن حال عمومی | <input type="checkbox"/> خستگی از مصرف دارو |
| <input type="checkbox"/> مشغله کاری | <input type="checkbox"/> توصیه دوستان |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ارائه نتیجه آزمایش های اولیه تشخیص به خصوص BCR-ABL کیفی/کمی الزامی است.

تاریخ/امضاء:

تکمیل کننده فرم: