Payvand
Clinical & Specialty Laboratory

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

اطلاعات مراجعه کننده/بیمار

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: جنس: ☐ مذکر ☐ مونث

کدملی: تاریخ مراجعه: تلفن تماس:

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

علت مراجعه در زمان تشخیص:

علایم بیماری در زمان تشخیص:

☐ ضعف و بی حالی ☐ خستگی مزمن ☐ درد در ناحیه شکم ☐ درد استخوانی ☐ خونریزی و کبودی ☐تعریق شبانه

☐ کاهش وزن ☐ بی اشتهایی ☐ احساس سیری زودرس

زمان تشخیص بیماری:

نوع بیماری:

☐ CML ☐ B-ALL ☐ AML ☐ MPAL-B/Myeloid

سابقه بیماری مشابه در خانواده : ☐ دارد (نوع بیماری) ☐ 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 د ارو: ☐ دارد ☐ ندارد

در صورت داشتن تغییر در نوع دارو، به ترتیب نام برده شود:

۱- نام اولین دارو: مدت زمان مصرف اولین دارو:

۲-نام دومین دارو: مدت زمان مصرف دومین دارو:

۳-نام سومین دارو: مدت زمان مصرف سومین دارو:

۴-.....

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

مدت زمان قطع مصرف دارو: .....

علت قطع مصرف دارو:

☐ عدم توضیح کافی پزشک معالج ☐ هزینه دارو ☐ کمبود دارو ☐ ایام تعطیل ☐ توصیه دوستان

☐ خوب بودن حال عمومی ☐ خستگی از مصرف دارو ☐ مشغله کاری ☐ .....

آیا سابقه انجام آزمایش ABL kinase domain Mutation را دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

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