


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 خانوادگی	نام	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:	بخش:	دهستان:
	خیابان:	کوچه:	پلاک:	تلفن:
				تعداد فرزندان:

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؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		قرص ویتامین ث مصرفی در ماه عدد			
نوع داروی مصرفی : دسفرال <input type="checkbox"/> دسفوناک <input type="checkbox"/> اکس جید <input type="checkbox"/> اوسورال <input type="checkbox"/> دیفریپرون <input type="checkbox"/> دفروکسامین <input type="checkbox"/>		آیا بیمار قرص هیدروکسی مصرف می کند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چند روز در هفته بیمار هیدروکسی اوره مصرف می کند؟			
تعداد روزهای تزریقی در هفته ؟ عدد تعداد ویال تزریقی در روز ؟ عدد		آیا بیمار قرص دیفریپرون مصرف می کند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دارو : اکس جید <input type="checkbox"/> اوسورال <input type="checkbox"/> دیفریپرون <input type="checkbox"/>			
آیا پمپ تزریق داروی آهن زدا دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		سن شروع مصرف داروی آهن زدا؟ سالگی			
قرص فولیک اسید مصرفی در ماه؟ عدد		میزان داروی مصرفی در روز mg			
نوع تالاسمی : اینترمدیا <input type="checkbox"/> مازور <input type="checkbox"/> سایکل سل <input type="checkbox"/> سایکل سل تالاسمی <input type="checkbox"/> هموگلوبین H <input type="checkbox"/> تالاسمی E <input type="checkbox"/> تالاسمی D <input type="checkbox"/> سایر :		آیا بیمار طحال برداری شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سن طحال برداری بیمار؟ تاریخ واکسیناسیون پنوموکوک : / / ۱۳..... پنی سیلین خوراکی مصرفی در هفته عدد پنی سیلین تزریقی مصرفی در هفته عدد			
آیا برای پیوند مغز استخوان اقدام نموده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		تاریخ پیوند : / / ۱۳..... مرکز پیوند :			
آیا پیوند انجام شده موفقیت آمیز بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
نوع خون تزریقی : خون کامل <input type="checkbox"/> خون شسته شده <input type="checkbox"/> فیلتر لوکوسیت کنار تخت <input type="checkbox"/> فیلتر قبل از ذخیره سازی <input type="checkbox"/>		خون منجمد <input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم <input type="checkbox"/> خون فیلتر شده <input type="checkbox"/>			
آیا آزمایش ژنتیک تعیین موناسیون انجام شده ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		نوع موتاسیون :			
آیا آزمایش HLA نوع ۱ و ۲ انجام شده ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		جواب آزمایش :			

