


کد مدرک 05 FM 41 00	فرم	 سازمان بیمه خدمات درمانی اداره کل بیمه خدمات درمانی استان
	تأیید ابتلا به بیماریهای خاص	

مشخصات بیمار:

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: شماره شناسنامه:
 نام پدر: نوع بیمه: شماره بیمه: شماره پرونده مطب:
 آدرس و تلفن:

نام بیماری خاص:

- الف - هموفیلی
- الف - هموفیلی A
 ب - هموفیلی B
 قون و یلیراند
 کمبود فاکتور VII
 برنارد - سولیر
 ترومباستی گلزمین
 آفیبرینوژنی
 کمبود سایر فاکتور انعقادی (با ذکر نام)
- ب - تالاسمی
- تالاسمی الفا (HbH)
 تالاسمی بتا
 الف ماژور
 متوسط
 هموگلوبین لپور (هموزیگوت)

ج - دیالیزی

د - پیوندی

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