

"فرم معاینات بیماران مراجعه کننده به کلینیک دیستروفی های ارثی شبکیه"

* تمامی مواردی که با علامت ستاره در فرم مشخص گردیده ضروری می باشند و می بایست اطلاعات آنان در روز معاینه ثبت گردد.

	تاریخ مراجعه*
--	---------------

	کد رهگیری*
--	------------

جدول 1. اطلاعات فردی		
نام و نام خانوادگی*:	نام پدر*:	جنسیت*:
کد ملی*:	تاریخ تولد*:	استان محل تولد*:
استان محل زندگی:	سن بروز علائم*:	قومیت*:
رشته تحصیلی:	میزان تحصیلات:	شغل:
تشخیص قبلی:	تلفن همراه*:	تلفن ثابت*:
آدرس محل سکونت*:	کدپستی:	

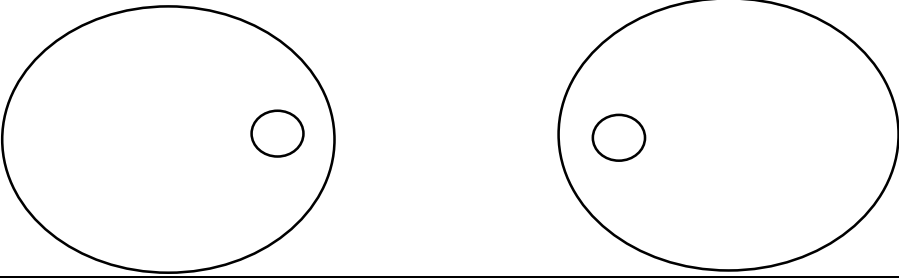
جدول 2. اطلاعات وراثتی		
وضعیت تاهل*	مجرد	متاهل
ازدواج فامیلی بیمار*	بلی	خیر
در صورت پاسخ مثبت لطفا نسبت خویشاوندی افراد ذکر گردد.*		
آیا بیمار صاحب فرزند می باشد؟*	بلی	خیر
در صورت پاسخ مثبت لطفا تعداد فرزندان سالم و درگیر به تفکیک جنسیت معین گردد.*	دختر سالم دختر درگیر	پسر سالم پسر درگیر
ازدواج فامیلی والدین بیمار*	بلی	خیر
در صورت پاسخ مثبت لطفا نسبت خویشاوندی افراد ذکر گردد.*		
آیا فرد درگیر دیگری در خانواده بیمار وجود دارد؟*		
در صورت پاسخ مثبت نسبت فرد درگیر با بیمار معین گردد.*		
بیمار چه تعداد برادر و یا خواهر دارد؟*		
آیا فرد درگیر دیگری در بستگان بیمار وجود دارد؟		
در صورت پاسخ مثبت لطفا نسبت خویشاوندی افراد ذکر گردد.		
در این قسمت شجره ژنتیکی بیمار بر اساس اطلاعات فوق توسط متخصص ژنتیک ترسیم می گردد.		

جدول 3. وضعیت سلامت عمومی و چشمی		
خیر	بلی	آیا بیمار سابقه بیماری سیستمیک دارد؟*
خیر	بلی	آیا بیمار سابقه بیماری چشمی دیگر داشته است؟*
خیر	بلی	آیا بیمار داروی سیستمیک مصرف می نماید؟
خیر	بلی	آیا بیمار داروی چشمی مصرفی می نماید؟*
خیر	بلی	آیا بیمار سابقه جراحی سیستمیک داشته است؟
خیر	بلی	آیا بیمار سابقه جراحی چشمی داشته است؟*
در صورت پاسخ مثبت، زمان جراحی چشمی می بایست تعیین گردد.*		
خیر	بلی	آیا بیمار سابقه بیماری متابولیک داشته است؟*
خیر	بلی	آیا بیمار از فتوفوبی شکایت دارد؟*
خیر	بلی	آیا بیمار از کاهش دید شکایت دارد؟*
کاهش دید بیشتر در روز نسبت به شب	کاهش دید بیشتر در شب نسبت به روز	در صورت پاسخ مثبت، می بایست یکی از گزینه های زیر انتخاب گردد.*
خیر	بلی	آیا بیمار از اختلال در میدان بینایی شکایت دارد؟*
خیر	بلی	آیا بیمار از اختلال در دید رنگ شکایت دارد؟*

جدول 4. اطلاعات بیوبانک		
خیر	بلی	آیا از بیمار نمونه خون موجود است؟*
خیر	بلی	آیا از خانواده بیمار نمونه خون موجود است؟*
در صورت جواب مثبت چه تعداد نمونه خون از خانواده بیمار تهیه شده است؟*		
	1.	نام هر یک از افراد خانواده به همراه نسبت آنان با بیمار به تفکیک ذکر گردد. (برای هر یک از افراد درگیر یا سالم بودن آنان نیز مشخص گردد).*
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	...	

جدول 5. معاینات اپتومتری

Main Findings			OD	OS	OU
UCVA (Uncorrected VA)					
PGVA (VA with Present Glasses)					
BCVA (Best Corrected VA) *					
Near VA					
Fixational Status (CSM test) *			OD		
			OS		
Wandering Eye			Yes		No
Nystagmus*			Yes (Type)		No
			Pendular		
			Jerking		
Red Reflex Assessment*	OD	Gussed VA:			
	OS	Gussed VA:			
Present Glasses	OD				
	OS				
Manifest Refraction	OD				
	OS				
Ocular Deviation	Far				
	Near				
Color Vision (Ishihara Test) *	OD	..... Corrected plates / Total plates			
	OS	..... Corrected plates / Total plates			
Examiner*:					

IOP	OD	..... mmHg						Medication		Yes	No	
	OS	..... mmHg						Medication		Yes	No	
Slit Lamp Examination		Cornea*		Iris		Ant. Chamber		Lens		Ant. Vitreous			
		Clear	Opaque	Normal	Abnormal	Clear	Abnormal	Clear	Cataract	Clear	Abnormal		
	OD												
	OS												
Fundus Examination	OD	Optic Disc						Macular Involvement*		Vessels*		Periphery*	
		Cup	Color*			Margin							
			Pink	Pale	Waxy pallor	Sharp	Blurred		Yes	No	Normal	Abnormal	Normal	Abnormal
	OS	Optic Disc						Macular Involvement*		Vessels*		Periphery*	
		Cup	Color*			Margin							
			Pink	Pale	Waxy pallor	Sharp	Blurred		Yes	No	Normal	Abnormal	Normal	Abnormal
Other Signs	OD						OS						
													
Examiner: *													

جدول 7. تست های پاراکلینیک		
Tests	Yes	No
Optical Coherence Tomography (OCT)		
Optical Coherence Tomography Angiography (OCTA)		
Electroretinogram (ERG)		
Multifocal Electroretinography (mfERG)		
Electro-oculogram (EOG)		
Visual Evoked Potential (VEP)		
Color Fundus Photograph		
Perimetry		
Fluorescein Angiography		
Fundus Autofluorescence (FAF)		
Infrared Fundus Photography		

جدول 8. تشخیص بیماری *

جدول 9. روش درمانی پیشنهادی *