

پرسشنامه ثبت بیماران در سامانه بیماریهای پوستی-عصبی (Neurocutaneous)

	تاریخ مراجعه
	نام و نام خانوادگی
	کد ملی
	تاریخ تولد
	محل تولد
	شهر محل سکونت
	شماره تماس

<input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> تاخیر تکاملی <input type="checkbox"/> ضایعات جلدی <input type="checkbox"/> درگیری سایر ارگان ها غیر از اعصاب	علت مراجعه
	تاریخچه مختصر بیماری فعلی (شکایت اولیه - زمان اولین شکایت)
نسبت والدین: <input type="checkbox"/> منسوب (1 st Cousin) <input type="checkbox"/> منسوب (2 nd Cousin)	سابقه فامیلی
<input type="checkbox"/> منسوب دور <input type="checkbox"/> غیرمنسوب	
موارد مشابه: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد :	
سایر بیماری های مهم در اقوام نزدیک:	

<input type="checkbox"/> انرژي درمانی <input type="checkbox"/> گیاهان دارویی <input type="checkbox"/> طب سنتی <input type="checkbox"/> طب سوزنی <input type="checkbox"/> یوگا <input type="checkbox"/> ماساژ درمانی <input type="checkbox"/> آب درمانی <input type="checkbox"/> هیپنوتیزم <input type="checkbox"/> دعا نویسی <input type="checkbox"/> هیچکدام <input type="checkbox"/> سایر:	سابقه استفاده از روش های درمانی غیر کلاسیک (CAM)
---	---

Autism spectrum disorder <input type="checkbox"/> Visual impairment <input type="checkbox"/> Mental retardation <input type="checkbox"/> Café-au-lait spots <input type="checkbox"/> Skeletal dysplasia <input type="checkbox"/> Shagreen patch <input type="checkbox"/> Angiofibroma <input type="checkbox"/> Ash leaf spots <input type="checkbox"/> Neurodelay <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Neurofibroma <input type="checkbox"/> skin hemangioma <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other :	یافته های فیزیکی
Subependymal nodules <input type="checkbox"/> Subcortical tubers <input type="checkbox"/> Lipoma <input type="checkbox"/> Giant cell astrocytoma <input type="checkbox"/> Skeletal dysplasia <input type="checkbox"/> Optic glioma <input type="checkbox"/> Meningioma <input type="checkbox"/> Rhabdomyoma <input type="checkbox"/> Brain stem glioma <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Other :	یافته های تصویرنگاری

NF1 <input type="checkbox"/> NF2 <input type="checkbox"/> TSC1 <input type="checkbox"/> TSC2 <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/> نرمال <input type="checkbox"/>	بررسی ژنتیک
NF <input type="checkbox"/> TSC <input type="checkbox"/> Sturge-Weber Syndrome <input type="checkbox"/> VHL <input type="checkbox"/> Hypomelanosis of Ito <input type="checkbox"/> Incontinentia pigmenti <input type="checkbox"/> Ataxia telangiectasia <input type="checkbox"/> Linear nevus syndrome <input type="checkbox"/>	تشخیص بالینی احتمالی
NF <input type="checkbox"/> TSC <input type="checkbox"/> Sturge-Weber Syndrome <input type="checkbox"/> VHL <input type="checkbox"/> Hypomelanosis of Ito <input type="checkbox"/> Incontinentia pigmenti <input type="checkbox"/> Ataxia telangiectasia <input type="checkbox"/> Linear nevus syndrome <input type="checkbox"/>	تشخیص بالینی قطعی

داروهای مصرفی

داروهای قبلی	داروهای کنونی	داروهای جدید
<input type="checkbox"/> m - Tor inhibitor (Rapamycine)	<input type="checkbox"/> m - Tor inhibitor (Rapamycine)	<input type="checkbox"/> m - Tor inhibitor (Rapamycine)
<input type="checkbox"/> Phenobarbital (PB)	<input type="checkbox"/> Phenobarbital (PB)	<input type="checkbox"/> Phenobarbital (PB)
<input type="checkbox"/> Phenytoin (PHT)	<input type="checkbox"/> Phenytoin (PHT)	<input type="checkbox"/> Phenytoin (PHT)
<input type="checkbox"/> Levetiracetam (LVT)	<input type="checkbox"/> Levetiracetam (LVT)	<input type="checkbox"/> Levetiracetam (LVT)
<input type="checkbox"/> Clobazam (CLB)	<input type="checkbox"/> Clobazam (CLB)	<input type="checkbox"/> Clobazam (CLB)
<input type="checkbox"/> Clonazepam (CLZ)	<input type="checkbox"/> Clonazepam (CLZ)	<input type="checkbox"/> Clonazepam (CLZ)
<input type="checkbox"/> Nitrazepam (NZZ)	<input type="checkbox"/> Nitrazepam (NZZ)	<input type="checkbox"/> Nitrazepam (NZZ)
<input type="checkbox"/> Liskantin/primidone (PRM)	<input type="checkbox"/> Liskantin/primidone (PRM)	<input type="checkbox"/> Liskantin/primidone (PRM)
<input type="checkbox"/> Sabril (Vigabatrine) (VGB)	<input type="checkbox"/> Sabril (Vigabatrine) (VGB)	<input type="checkbox"/> Sabril (Vigabatrine) (VGB)
<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> ACTH
<input type="checkbox"/> Prednisolone (PNZ)	<input type="checkbox"/> Prednisolone (PNZ)	<input type="checkbox"/> Prednisolone (PNZ)
<input type="checkbox"/> Zonisamide (ZNS)	<input type="checkbox"/> Zonisamide (ZNS)	<input type="checkbox"/> Zonisamide (ZNS)
<input type="checkbox"/> Topiramate (TPM)	<input type="checkbox"/> Topiramate (TPM)	<input type="checkbox"/> Topiramate (TPM)
<input type="checkbox"/> Ethosuximide (ETX)	<input type="checkbox"/> Ethosuximide (ETX)	<input type="checkbox"/> Ethosuximide (ETX)
<input type="checkbox"/> Gabapentin (GBP)	<input type="checkbox"/> Gabapentin (GBP)	<input type="checkbox"/> Gabapentin (GBP)
<input type="checkbox"/> Lacosamide (LCZ)	<input type="checkbox"/> Lacosamide (LCZ)	<input type="checkbox"/> Lacosamide (LCZ)
<input type="checkbox"/> Lamotrigine (LTG)	<input type="checkbox"/> Lamotrigine (LTG)	<input type="checkbox"/> Lamotrigine (LTG)
<input type="checkbox"/> Oxcarbazepine (OXC)	<input type="checkbox"/> Oxcarbazepine (OXC)	<input type="checkbox"/> Oxcarbazepine (OXC)
<input type="checkbox"/> Carbamazepine (CBZ)	<input type="checkbox"/> Carbamazepine (CBZ)	<input type="checkbox"/> Carbamazepine (CBZ)
<input type="checkbox"/> Pregabalin (PGB)	<input type="checkbox"/> Pregabalin (PGB)	<input type="checkbox"/> Pregabalin (PGB)
<input type="checkbox"/> Valproate (Depakine, Orfiril, Epilim)(VPA)	<input type="checkbox"/> Valproate (Depakine, Orfiril, Epilim)(VPA)	<input type="checkbox"/> Valproate (Depakine, Orfiril, Epilim)(VPA)
<input type="checkbox"/> Acetazolamide (ACZ)	<input type="checkbox"/> Acetazolamide (ACZ)	<input type="checkbox"/> Acetazolamide (ACZ)
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> None

<input type="checkbox"/> رژیم کتوژنیک	<input type="checkbox"/> انجام جراحی	<input type="checkbox"/> بررسی ژنتیک	<input type="checkbox"/> سونوگرافی کلیه	<input type="checkbox"/> اکو قلب	اقدامات توصیه شده بعدی
<input type="checkbox"/> VNS	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> MRV	<input type="checkbox"/> LTM	<input type="checkbox"/> MRI	
<input type="checkbox"/> غدد	<input type="checkbox"/> چشم	<input type="checkbox"/> کلیه	<input type="checkbox"/> قلب	ارجاع به کلینیک:	
			<input type="checkbox"/> ادامه درمان کنونی	<input type="checkbox"/> تغذیه	
					سایر:

فرد ثبت کننده: