



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز آموزشی درمانی

فرم اطلاعاتی بیماران مبتلا به سرطان تحت حمایت قانون ردیف ۱۱ - ۵۲۰۰۰۰ سال کد ملی:

الف/ اطلاعات هویتی بیمار:	
نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:
جنسیت: ۱. مرد ۲. زن	تاریخ تولد: روز / ماه / سال ۱۳.....
شهر محل تولد:	شماره شناسنامه:
نوع بیمه:	شماره بیمه:
۴. خیابان:	۵. کوچه:
تلفن بیمار:	تلفن بستگان بیمار:
ب/ اطلاعات تشخیص و درمان بیمار:	
روش تشخیص: ۱- پاتولوژیکال (pathological) <input type="checkbox"/>	۲- کلینیکال (clinical) <input type="checkbox"/>
M N T : Stage	Grade:
درمان:	الف- درمان علاج پذیر (curative) <input type="checkbox"/>
	ب- درمان تسکینی (palliative) <input type="checkbox"/>
۱- جراحی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ: روز / ماه / سال ۲- رادیوتراپی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ: روز / ماه / سال شیمی درمانی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ: روز / ماه / سال	
رژیم شیمی درمانی:	
هورمون درمانی: ۱. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۲. نامشخص <input type="checkbox"/>	دریافت مندر: ۱. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۲. نامشخص <input type="checkbox"/>
تعداد دفعات بستری بدلیل سرطان:	مجموع زمان بستری در بیمارستان: روز / ماه
ج/ اطلاعات سیر بیماری:	
عود: ۱. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۲. نامشخص <input type="checkbox"/>	تاریخ اولین عود: روز / ماه / سال ۱۳۸.....
تعداد موارد عود:	متاستاز: ۱. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۲. نامشخص <input type="checkbox"/>
محل متاستاز:	۴. بهبودی <input type="checkbox"/>
وضعیت حیات: ۱. زنده ۲. فوت شده ۳. نامشخص <input type="checkbox"/>	تاریخ فوت: روز / ماه / سال ۱۳۸.....
محل فوت: ۱. بیمارستان ۲. منزل ۳. سایر موارد:	۴. نامشخص <input type="checkbox"/>
سابقه سرطان در خانواده: ۱. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۲. نامشخص <input type="checkbox"/>	در صورت وجود سرطان در خانواده نوع سرطان و نسبت فامیلی ذکر شود:
جمع کل هزینه:	میزان حمایت مالی از بیمار:
تاریخ تکمیل فرم: روز / ماه / سال ۱۳۸.....	نام تکمیل کننده فرم:
امضاء:	

معاون درمان دانشگاه / دانشکده

مهر و امضاء ریاست / مدیریت بیمارستان

