Национальная Ассоциация организаций больных редкими заболеваниями «Генетика»

ЕДИНЫЙ РЕГИСТР БОЛЬНЫХ РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Регистрационная форма пациента

Пожалуйста, разборчиво заполните все поля или отметьте нужные пункты. Если ответ неизвестен, пожалуйста, напишите Н/Д рядом с полем

1. Демографическая информация

Дата заполнения _____ **(дд/мм/гг)**

Ф.И.О. пациента _____

Контактные данные: **адрес** _____

_____

_____

телефон _____

_____

e-mail

Ф.И.О лечащего врача _____

_____

телефон _____

e-mail _____

Адрес медицинского учреждения: _____

_____

_____

_____

телефон _____

факс _____

e-mail _____

Идентификационый номер пациента	***Пожалуйста, не заполняйте!*** ID #_____/_____-_____

2. Диагноз	**№ по классификации редких заболеваний**	**Код по МКБ 10**
	Пожалуйста, не заполняйте! **ORPHA _____**	***Пожалуйста, не заполняйте!*** _____

3. Клиническая информация

Дата рождения __ __ /__ __ /__ __ (д д м м г г) Полных лет _____

Пол: ❑ Женщина ❑ Мужчина

Рост _____ см

Вес _____кг

Возраст начала первых симптомов; _____ лет_____месяцев

Дата постановки диагноза __ __ /__ __ /__ __ (д д м м г г)

Тип диагноза ❑ Окончательный ❑ Предварительный

Предоставленные клинические данные *(в приложениях)*:

❑ Данные анамнеза, *есть* ❑ *нет* ❑

❑ Объективные данные, *есть* ❑ *нет* ❑

❑ Данные лабораторных исследований, *есть* ❑ *нет* ❑

*Какие:*_____

_____

❑ Данные инструментальных исследований, *есть* ❑ *нет* ❑

*Какие:*_____

❑ Заключения специалистов, *есть* ❑ *нет* ❑

*Какие:*_____

_____

❑ Другие данные _____ *есть* ❑ *нет* ❑

*Какие:*_____

***Примечание**: при возможности, пожалуйста, укажите особо, какие из методов явились решающими в процессе диагностики (подчеркните).*

4. Дополнительная информация *(при необходимости)*

Дата заполнения и подпись пациента __ __ /__ __ /__ __ (д д м м г г) _____ подпись