|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام بیمار:** | **نام پدر:** | **شماره پذیرش:** | **نسبت خانوادگی والدین:** |
| **جنسیت:** | **سن:** | **سن شروع علایم بیماری :** | **تاریخ مراجعه به آزمایشگاه:** |
| **شماره ثابت:** | **شماره همراه:** | **آدرس منزل :** |

**لطفا مشخص نمایید که بیمار کدامیک از علایم زیر را دارد و آیا این علایم دایمی است یا مقطعی**

|  |  |
| --- | --- |
| **تاخیر حرکتی:** | **مشکل تنفسی:** |
| **استفراغ:** | **امتناع از غذا خوردن:** |
| **سکسکه:** | **مشکلات ماهیچه ای:** |
| **عدم وزنگیری مناسب:** | **حرکات غیر طبیعی:** |
| **بوی غیر طبیعی:** | **عدم رشد و نمو:** |
| **فلج:** | **مشکلات بینایی یا شنوایی:** |
| **عقب ماندگی ذهنی:** | **مشکل تکلم:** |
| **تشنج:** | **تورم اعضای داخلی (کبد – طحال و ...)** |
| **کما:** | **سابقه مرگ زودرس در خانواده:** |
| **آزمایش­هایی که بیمار تا کنون انجام داده است:** |
| **داروهای مورد استفاده:** |
| **نوع رژیم غذایی و دارویی:** |
| **توضیحات:** |