**برنامه ملی ثبت بیماران سلیاکی**

**خواهشمند است تمام قسمتها را بطور خوانا تکمیل نمائید:**

**مشخصات بیمار:**

نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد:

شماره شناسنامه: محل صدور: کد ملی: شغل:

تلفن همراه: پست الکترونیک:

آدرس و کدپستی منزل: تلفن:

آدرس و کدپستی محل کار: تلفن:

تلفن منزل یکی از افراد درجه اول فامیل: تلفن همراه یکی از افراد درجه اول فامیل:

سال تشخیص بیماری:

نام پزشک تشخیص دهنده بیماری:

نام مرکزی که بیماری در آن تشخیص داده شد:

قبل از تشخیص بیماری از چه علائمی رنج می بردید؟ 1- شکایتی نداشتم□ 2- اسهال□ 3- نفخ□ 4- یبوست□ 5- دردشکم□ 6- کاهش وزن□ 7-کم خونی□ 8-کمبود قد و وزن□ 9- سقط جنین و ناباروری□ 10- استئوپروز □

سایر علائم (نام ببرید):.....................................................................................................................................

- تشخیص بیماری بر چه اساسی در شما صورت گرفت:

□آزمایش خون

□ نمونه برداری از روده

□تست ژنتیک

□درماتیت هرپتی فرم و نمونه برداری پوستی

□پاسخ به رژیم بدون گلوتن بدون انجام آزمایش خون و یا نمونه برداری

□بر اساس علایم بالینی و نشانه ها بدون انجام آزمایش خون و یا نمونه برداری

-آیا مبتلا به بیماری های زیر می باشید: :

بیماری پوستی □ دیابت □ عدم تحمل لاکتوز □

سایر بیماری ها (به تشخیص پزشک ) :

**مدارک عضویت:** 1- کپی شناسنامه2- کپی کارت ملی 3- یک قطعه عکس 4\*3 4- مبلغ 50000 ریال(5000تومان)

**این قسمت توسط "انجمن" پر میشود :**

تاریخ عضویت: شماره عضویت:

آدرس: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان شریعتی، پژوهشکده گوارش و کبد، گروه تحقیقاتی سلیاک

تلفن: 82415158 وب سایت:www.celiac-iran.org