

آزمایشات ۶ ماهه	آزمایشات ۳ ماهه	آزمایشات ماهیانه
HBS Ag	HbA 1C	Hgb
HBS Ab	Chol.	Hct
HCV Ab	TG	Plt
HIV Ab	Uric Acid	BUN قبل
	Bil. (T)	BUN بعد
	Bil.(D)	Cr
	AST	Na
	ALT	K
	Iron	Ca
	TIBC	P
	Ferritin	ALK.P
	CRP	KT/V
	Alb	URR
	iPTH	

**بسته خدمتی همودیالیز**

## فرم عملکرد دیالیز خونی

### زمان ارائه خدمت

سال :

ماه :

### محل ارائه خدمت

استان :

دانشگاه :

شهر :

بیمارستان :

### مشخصات خدمت گیرنده

کد ملی :

نام و نام خانوادگی :

محل سکونت :

تلفن :

### فرانشیز خدمات تشخیصی (فرانشیز ریال)

اکو (دایپلر - قلب):  EKG:

رادیولوژی:  آزمایشگاه:

جمع:

### فرانشیز مشاوره های تخصصی / ویزیت (فرانشیز ریال)

نفرولوژیست:  متخصص تغذیه:

متخصص غدد:  متخصص قلب:

ارتوپدی:  روانپزشک:

جمع:

### فرانشیز سایر خدمات (فرانشیز ریال)

فرانشیز خدمات بستری مرتبط:

جمع:

سقف تعداد خدمت مورد تعهد در سال برای هر بیمار	بسته خدمتی M S
۱	MRI مغز
۱	MRI نخاع
۱	CSF وجود Oligoclonal band یا افزایش IgG index
۱	VEP (پتانسیل برانگیخته بینایی)
۱	پلاسمافرزیس
۱۲۰	فیزیوتراپی
۸۰	کاردرمانی
۸۰	گفتاردرمانی
۱	متخصص طب فیزیکی و توانبخشی
۱	ویزیت متخصص چشم
۴	ویزیت نورولوژیست
۲	ویزیت روانپزشک
۱	ویزیت متخصص ارولوژی
۱	ویزیت متخصص داخلی-قلب
۴	آزمایش CBC
۴	آزمایش ALT
۴	آزمایش AST
هفتگی	سینووکس
سه بار هفته	رسیژن
یک روز در میان	زیفرون
روزانه	کلاتیرامر استات
روزانه	فینگولیمد
	جمع کل:

فرم عملکرد ام اس

تاریخ ارائه خدمت

سال :

ماه :

محل ارائه خدمت

استان :

دانشگاه :

شهر :

بیمارستان :

مشخصات خدمت گیرنده

کد ملی :

نام و نام خانوادگی :

محل سکونت :

تلفن :

## فرانشیز خدمات تشخیصی (فرانشیز ریال)

<input type="text"/>	MRI نخاع:	<input type="text"/>	MRI مغز:
<input type="text"/>	:CSF	<input type="text"/>	:VEP
		<input type="text"/>	پلاسمافرزیس:

جمع:

## فرانشیز خدمات توانبخشی (فرانشیز ریال)

<input type="text"/>	کاردرمانی:	<input type="text"/>	فیزیوتراپی:
<input type="text"/>	فرانشیز خدمات بستری:	<input type="text"/>	گفتار درمانی:

جمع:

## فرانشیز خدمات مشاوره ای (فرانشیز ریال)

<input type="text"/>	متخصص طب فیزیکی و توانبخشی:	<input type="text"/>	متخصص چشم:
<input type="text"/>	ویزیت روانپزشک:	<input type="text"/>	ویزیت نورولوژی:
<input type="text"/>	متخصص داخلی قلب:	<input type="text"/>	ویزیت اورولوژی:

فرانشیز آزمایشات (فرانشیز ریال)

:ALT SGPT

:CBC

:AST SGOT

جمع:

فرانشیز اینترفرونهای ایرانی (فرانشیز ریال)

فرانشیز رسیژن:

فرانشیز سینوکس:

فرانشیز گلاتیر امر استات:

فرانشیز زیفرون:

فرانشیز فینگولیمد:

جمع:

جمع کل:

سقف تعداد خدمت مورد تعهد در سال برای هر بیمار	بسته خدمتی تالاسمی، سیکل تالاسمی، سیکل سل
بعد از ۱۵ سالگی سالی یکبار در پسران	DHEA-P
بعد از ۱۵ سالگی سالی یکبار	FSH
بعد از ۱۵ سالگی سالی یکبار	LH
بعد از ۱۰ سالگی سالی یکبار	T <sub>ε</sub>
بعد از ۱۰ سالگی سالی یکبار	TSH
بعد از ۱۰ سالگی سالی یکبار	PTH
بعد از ۱۰ سالگی سالی یکبار	GTT
سالی ۲ بار	آلکالین فسفاتاز
سالی یکبار	تری گلیسیرید
سالی یکبار	کلسترول
سالی یکبار	U/A
سالی ۲ بار	کلسیم
سالی ۲ بار	فسفر
سالی ۲ بار	ALT/SGPT
سالی ۲ بار	AST/SGOT
جهت مصرف ۵ ساله	پمپ (سرانه هر بیمار یک میلیون ریال)
	داروی هیپاتیت مقاوم به پگاسیس / telaprevir
	داروی هیپاتیت مقاوم به پگاسیس / buceprevir

سقف تعداد خدمت مورد تعهد در سال برای هر بیمار	بسته خدمتی تالاسمی، سیکل تالاسمی، سیکل سل
در هر بار مراجعه	فرانشیز ویزیت روتین (عمومی / داخلی / اطفال)
۴ بار در سال	فرانشیز ویزیت فوق تخصص خون
بر حسب نیاز	فرانشیز ویزیت فوق تخصص گوارش
بعد از ۱۰ سالگی سالی یکبار	فرانشیز ویزیت فوق تخصص غدد
بعد از ۶ سالگی سالی یکبار	فرانشیز ویزیت متخصص قلب
بر حسب نیاز	فرانشیز ویزیت متخصص جراحی
سالی یکبار	خدمات دندان پزشکی
بعد از ۶ سالگی سالی یکبار	فرانشیز شنوایی سنجی
بعد از ۶ سالگی سالی یکبار	فرانشیز بینایی سنجی
سالی یکبار	فرانشیز ویزیت روانپزشک / روانشناس
بعد از ۱۸ سالگی هر ۲ سال یکبار	Bone densitometry فرانشیز
بر حسب نیاز	فرانشیز خدمات بستری مرتبط
بر حسب نیاز	فرانشیز رادیولوژی - MRI-T <sub>۲</sub> *
تا ۴۸ بار در سال	CBC
سالی ۲ بار	گلوکز
سالی یکبار	اسیداوریک
سالی ۲ بار	اوره
سالی ۲ بار	کراتینین
بعد از ۱۵ سالگی سالی یکبار در دختران	استرادیول



فرم عملکرد تالاسمی

تاریخ ارائه خدمت

سال :

ماه :

محل ارائه خدمت

استان :

دانشگاه :

شهر :

بیمارستان :

مشخصات خدمت گیرنده

کد ملی :

نام و نام خانوادگی :

محل سکونت :

تلفن :

## فرانشیز خدمات مشاوره ای (فرانشیز ریال)

<input type="text"/>	فوق تخصص خون:	<input type="text"/>	ویزیت روتین: (عمومی، داخلی، اطفال)
<input type="text"/>	فوق تخصص غدد:	<input type="text"/>	فوق تخصص گوارش:
<input type="text"/>	متخصص جراحی:	<input type="text"/>	فوق تخصص قلب:
<input type="text"/>	خدمات دندانپزشکی:	<input type="text"/>	روانپزشک / روانشناس:
<input type="text"/>	بینایی سنجی:	<input type="text"/>	شنوایی سنجی:
		<input type="text"/>	Bone Densitometry
<input type="text"/>		جمع:	

## فرانشیز آزمایشات (فرانشیز ریال)

<input type="text"/>	گلوکز:	<input type="text"/>	CBC:
<input type="text"/>	اوره:	<input type="text"/>	اسید اوریک:
<input type="text"/>	استرادیول:	<input type="text"/>	کراتینین:
<input type="text"/>	:FSH	<input type="text"/>	:DHEA P
<input type="text"/>	:T4	<input type="text"/>	:LH
<input type="text"/>	:PTH	<input type="text"/>	:TSH
<input type="text"/>	آلکالین فسفاتاز:	<input type="text"/>	:GTT

فرانشیز آزمایشات (فرانشیز ریال)

<input type="text"/>	کلسترول:	<input type="text"/>	تری گلیسیرید :
<input type="text"/>	کلسیم:	<input type="text"/>	UA:
<input type="text"/>	ALT SGPT	<input type="text"/>	فسفر:
		<input type="text"/>	:AST SGOT

جمع:

هزینه داروی درمان هیپاتیت مقاوم به پک اینترفرون با نظارت این دفتر (مبلغ ریال)

<input type="text"/>	.Buceprevir	<input type="text"/>	:Telaprevir
----------------------	-------------	----------------------	-------------

جمع:

فرانشیز بستری مرتبط:

فرانشیز T2-MRI (ریال):

پمپ تزریق دسفرال :

(یک میلیون ریال سرانه هر بیمار)

جمع:

جمع کل:

## فرم عملکرد هموفیلی

### تاریخ ارائه خدمت

سال :

ماه :

### محل ارائه خدمت

استان :

دانشگاه :

شهر :

بیمارستان :

### مشخصات خدمت گیرنده

کد ملی :

نام و نام خانوادگی :

محل سکونت :

تلفن :

## فرانشیز آزمایشات (فرانشیز ریال)

<input type="text"/>	<b>:T Bili</b>	<input type="text"/>	<b>:D Bili</b>
<input type="text"/>	<b>PCR کیفی:</b>	<input type="text"/>	<b>PCR کمی:</b>
<input type="text"/>	<b>:ALT SGPT</b>	<input type="text"/>	<b>آلکالین فسفاتاز:</b>
<input type="text"/>	<b>:TSH</b>	<input type="text"/>	<b>:AST SGOT</b>
<input type="text"/>	<b>:T4</b>	<input type="text"/>	<b>:T3</b>
<input type="text"/>	<b>سطح فاکتورهای انعقادی:</b>	<input type="text"/>	<b>ژنوتایپ هیپاتیت:</b>
<input type="text"/>	<b>:PTT</b>	<input type="text"/>	<b>مهار کننده:</b>

تعیین نوع موتاسیون:

تعیین جنسیت مرحله دوم:

تعیین وضعیت نهایی جنین مرحله سوم:

جمع :

## فرانشیز مشاوره های تخصصی /ویزیت (فرانشیز ریال)

<input type="text"/>	<b>فوق تخصص گوارش:</b>	<input type="text"/>	<b>فوق تخصص خون:</b>
<input type="text"/>	<b>متخصص عفونی:</b>	<input type="text"/>	<b>متخصص توانبخشی:</b>
<input type="text"/>	<b>متخصص زنان:</b>	<input type="text"/>	<b>متخصص ارتوپدی:</b>
<input type="text"/>	<b>روانشناس:</b>	<input type="text"/>	<b>روانپزشک:</b>

فرانشیز سایر خدمات (فرانشیز ریال)

فیزیوتراپی کاردرمانی:  خدمات دندانپزشکی:

جمع:

فرانشیز بستری مرتبط/جراحی (فرانشیز ریال)

جراحی های عمومی:  تعویض مفصل:

نصب پورتوکت:

جمع:

فرانشیز سرپایی مرتبط/پاراکلینیک (فرانشیز ریال)

MRI:  .CT Scan

رادیولوژی:

جمع:

فرانشیز تزریقات (فرانشیز ریال)

تزریق مفصلی فسفر رادیواکتیو:

تزریق مفصلی ریفامپین:

تزریق ایتریوم:

تزریق پلاکت اشعه دیده:

پلازما فرزیس:

جمع:

هزینه داروی درمان هپاتیت مقاوم به پک اینترفرون با نظارت این دفتر (مبلغ ریال)

**Buceprevir**

**Telaprevir**

جمع:

تجهیزات پس از سهم سازمان بیمه گر (مبلغ ریال)

چسب فیبرینی:

فیلتر پلاکت :

پروتز:

پورتوکت:

ابزار کمکی:

اندام مصنوعی:

جمع:

جمع کل:

پاپان