

چک لیست برنامه رجیستری بیماری ممبرانوس نفروپاتی اولیه (MGN) (Membranous nephropathy)

اطلاعات دموگرافیک اولیه و پایه

نام:	نام خانوادگی:	کد ملی:	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
وزن:	قد:	BMI:	دور شکم (از روی ناف):
تاریخ تولد: روز ماه سال		محل تولد:	استان: شهر/روستا:
محل های زندگی (نام شهر یا روستا) از بدو تولد تا کنون:			
قومیت/نژاد: <input type="checkbox"/> ترک <input type="checkbox"/> فارس <input type="checkbox"/> کرد <input type="checkbox"/> لر <input type="checkbox"/> عشایر <input type="checkbox"/> عرب <input type="checkbox"/> شمال ایران <input type="checkbox"/> ترکمن <input type="checkbox"/> سایر			
نسبت فامیلی پدر با مادر			
میزان تحصیلات: <input type="checkbox"/> دکترای بالاتر <input type="checkbox"/> لیسانس و فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دیپلم و فوق دیپلم <input type="checkbox"/> سیکل و پنجم <input type="checkbox"/> سواد خواندن و نوشتن <input type="checkbox"/> بی سواد			
میزان درآمد خانواده بر حسب تعداد افراد:		سطح زندگی بر اساس خود اظهاری: <input type="checkbox"/> بالا <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> پایین	
شغل فعلی: عنوان شغل:		خودرو شخصی خانواده: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد تعداد:	
شغل فعلی: عنوان شغل:		زمان شروع به کار: مرکز شهر <input type="checkbox"/> اطراف شهر <input type="checkbox"/> خارج از شهر <input type="checkbox"/> توضیحات:	
سوابق شغلی:		سایر توضیحات مربوط به شغل:	
عنوان شغل:	مدت زمان اشتغال:		
عنوان شغل:	مدت زمان اشتغال:		
عنوان شغل:	مدت زمان اشتغال:		
عنوان شغل:	مدت زمان اشتغال:		

اطلاعات مربوط به بیماری

تاریخ تشخیص قطعی بیماری:	سن شروع علائم بالینی:	سن زمان تشخیص	تاریخ اولین مراجعه:
علائم بالینی در زمان شروع بیماری به زبان بیمار:			علائم کلی مربوط به بیماری: <input type="checkbox"/> ادم محل: درجه ادم <input type="checkbox"/> ترومبوز آمبولی محل: تاریخ بروز <input type="checkbox"/> هماچوری <input type="checkbox"/> فشار خون بالا <input type="checkbox"/> علامت کلیوی در شروع بیماری
<input type="checkbox"/> التهاب <input type="checkbox"/> کاهش حجم ادراری <input type="checkbox"/> درد پشت ساق <input type="checkbox"/> هماچوری <input type="checkbox"/> درد پهلو <input type="checkbox"/> ادم انزاردک <input type="checkbox"/> سرفه مزمن <input type="checkbox"/> یبوست مزمن <input type="checkbox"/> کاهش و یا افزایش وزن			<input type="checkbox"/> ادم صورت <input type="checkbox"/> ادم پا <input type="checkbox"/> راش پوستی <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی <input type="checkbox"/> مفاصل
			سایر علائم:

سابقه بیماری های فرد بیمار

<input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> آلرژی <input type="checkbox"/> سایر بیماری ها:	سابقه بیماری های دوران کودکی
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد نام دارو/غذا:	سابقه آلرژی به غذا یا دارو
نوع بیماری: نسبت با فرد مبتلا:	سابقه وجود بیماریهای ژنتیکی و مادرزادی در فامیل
نوع بیماری: نسبت با فرد مبتلا:	سابقه بیماری کلیه در خانواده
<input type="checkbox"/> دیابت نسبت با فرد مبتلا: <input type="checkbox"/> فشارخون نسبت با فرد مبتلا: <input type="checkbox"/> سرطان نسبت با فرد مبتلا: <input type="checkbox"/> نفروپاتی ممبرانوز نسبت با فرد مبتلا: <input type="checkbox"/> بیماری های کلیه نسبت با فرد مبتلا: <input type="checkbox"/> بیماری های تیروئید نسبت با فرد مبتلا: <input type="checkbox"/> بیماری های اتوایمیون نسبت با فرد مبتلا: <input type="checkbox"/> سارکوییدوز نسبت با فرد مبتلا: <input type="checkbox"/> سایر بیماری ها نسبت با فرد مبتلا:	سابقه ابتلا به سایر بیماری ها در خانواده درجه یک و دو (شامل پدر، مادر، خواهر، برادر، عمه، خاله دایی، عمو، خواهرزاده، برادرزاده)
<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	مواجهه با مواد شیمیایی
<input type="checkbox"/> آب <input type="checkbox"/> خاک <input type="checkbox"/> حیوانات وحشی <input type="checkbox"/> حیوانات خانگی <input type="checkbox"/> زندگی در روستا	مواجهه با آلودگی های محیط
<input type="checkbox"/> دیابت سن شروع: <input type="checkbox"/> فشارخون سن شروع: <input type="checkbox"/> سرطان سن شروع: <input type="checkbox"/> بیماری های سروگردن سن شروع: <input type="checkbox"/> پوست سن شروع: <input type="checkbox"/> قلب و عروق سن شروع: <input type="checkbox"/> گوارشی سن شروع: <input type="checkbox"/> تنفسی سن شروع:	سابقه بیماری های دیگر و زمان شروع

<input type="checkbox"/> دستگاه تولید مثل سن شروع: <input type="checkbox"/> اندامها سن شروع: <input type="checkbox"/> اسکلتی سن شروع: <input type="checkbox"/> تروما سن شروع: <input type="checkbox"/> تصادفات سن شروع:	
<input type="checkbox"/> تیروئیدیت هاشیماتو <input type="checkbox"/> گریوز <input type="checkbox"/> ارتريت تاكاياسو <input type="checkbox"/> سيروز صفراوی اولیه <input type="checkbox"/> شوگرن <input type="checkbox"/> کولیت اولسروز <input type="checkbox"/> کرون <input type="checkbox"/> پانکراتیت <input type="checkbox"/> اتوایمیون <input type="checkbox"/> آلپسی <input type="checkbox"/> ویتیلیگو <input type="checkbox"/> پسوریازیس <input type="checkbox"/> پمفیگوس <input type="checkbox"/> روماتوئید آرتریت <input type="checkbox"/> لوپوس <input type="checkbox"/> سارکوییدوزیس <input type="checkbox"/> درماتیت <input type="checkbox"/> هرپتی فرم <input type="checkbox"/> نفروپاتی IgG4 <input type="checkbox"/> MCTD <input type="checkbox"/> MGUS	سایر بیماری ها
<input type="checkbox"/> سنگ کلیه نوع سنگ: سن شروع: <input type="checkbox"/> سایر موارد نوع: سن شروع:	سابقه بیماری های کلیوی
<input type="checkbox"/> عفونت هلیکوباکتر پیلوری سن ابتلا: <input type="checkbox"/> عفونت سیستم ادرای سن ابتلا: دفعات ابتلا: نوع میکروارگانیسم: <input type="checkbox"/> سایر عفونت ها نوع: سن ابتلا:	سابقه بیماری های عفونی
<input type="checkbox"/> جراحی <input type="checkbox"/> مسافرت <input type="checkbox"/> آلرژی <input type="checkbox"/> دریافت فرآورده های خونی	سابقه سایر حوادث
<input type="checkbox"/> سابقه DVT <input type="checkbox"/> امبولی ریه <input type="checkbox"/> ترمبوز ورید کلیوی <input type="checkbox"/> ITP <input type="checkbox"/> سایر حوادث ترمبوآمبولیک	سوابق ترومبوز
<input type="checkbox"/> پیوند کلیه سن انجام: <input type="checkbox"/> GVHD علت: سن بروز: <input type="checkbox"/> پیوند مغز استخوان سن انجام: <input type="checkbox"/> سایر موارد نوع: سن انجام/بروز:	سابقه پیوند و عوارض ناشی از آن
<input type="checkbox"/> کانسر ریه <input type="checkbox"/> برست <input type="checkbox"/> کولون <input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> نان هوچکین لنفوما <input type="checkbox"/> لوکمی <input type="checkbox"/> پروستات <input type="checkbox"/> CLL <input type="checkbox"/> GIST tumor <input type="checkbox"/> MDS	بدخیمی ها
<input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> جذام <input type="checkbox"/> سیفلیس مادرزادی و یا ثانویه <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> شیستوزومیازیس <input type="checkbox"/> سابقه عفونت با covid-19	بیماری های عفونی

سابقه آزمایشات فرد بیمار

TSH: free T4: Anti TPO	آزمایش تیروئید
Hgb: HTC: Platelet: MCV: Mch: WBC: PMN: MN: LYM: EOS:	CBC
BUN: Creatinine: Uric acid: Serum Albumin: Albumin/Creatinine ratio: ۲۴ ساعته: پروتئین ادرار	تست کلیوی
WBC: RBC: CAST: Protein: sugar: Glucose Nitrate: Leukocyte: specific Gravity:	U/A میکروسکوپی
Color: Cloudiness: Odor: Clarity:	U/A ماکروسکوپی
تری گلیسرید: کلسترول: LDL: HDL: Total:	چربی خون
ALT: ALP: AST: Bilirubin Total (Direct , In Direct):	تست های کبدی
Na: K: Ca: p:	سایر
B.PH: HCO3: CO2:	Blood Gas and blood ACIDOSIS
PLA2R Antibody: THSD7A Antibody:	تیتر آنتی بادی های خون
ANA: C3: C4: CH50: Anti DNA: anti SSA: anti SSB: Anti GBM:	آزمایشات تکمیلی
mesangial expansion <input type="checkbox"/> Mesangial hyper cellularity <input type="checkbox"/> اتروفی توبولی <input type="checkbox"/> فیروز بینابینی <input type="checkbox"/> ضخیم شدن منتشر غشای پایه <input type="checkbox"/> glomerulosclerosis	نتایج میکروسکوپ نوری
<input type="checkbox"/> رسوبات ساب اندوتلیال <input type="checkbox"/> ساب اپیتلیال <input type="checkbox"/> رسوبات مزانژیومی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IgG1 <input type="checkbox"/> IgG4 <input type="checkbox"/> CIq <input type="checkbox"/> IqA <input type="checkbox"/> IqG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> kappa and lambda chains <input type="checkbox"/> in a granular, linear or mixed pattern	نتایج میکروسکوپ IF
spike /holes وجود <input type="checkbox"/>	رنگ آمیزی نقره
سایر پاراکلینیک های انجام شده:	

تغذیه و داروهای مصرفی بیمار

<input type="checkbox"/> Rituximab Dosage: <input type="checkbox"/> Cyclosporine Dosage: <input type="checkbox"/> Tacrolimus Dosage: <input type="checkbox"/> Prednisolone Dosage: <input type="checkbox"/> Cyclophosphamide Dosage: <input type="checkbox"/> Mycophenolate Dosage: <input type="checkbox"/> ASA Dosage: <input type="checkbox"/> ACEI Dosage: <input type="checkbox"/> ARB Dosage: <input type="checkbox"/> CCB Dosage: <input type="checkbox"/> Warfarin Dosage: <input type="checkbox"/> LMVH Dosage: <input type="checkbox"/> UFH Dosage: <input type="checkbox"/> NOACs Dosage: <input type="checkbox"/> NSAIDS Dosage: <input type="checkbox"/> Antibiotics Type: Dosage: <input type="checkbox"/> Others Name: Dosage:			داروهای تجویز شده قبلی تا کنون (داروهای فشار خون و سایر داروها در لیست دارویی باشد)		
سابقه واکسیناسیون علیه کووید-۱۹: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد نوع واکسن:					
سابقه مصرف داروهای گیاهی/نسخه های خانگی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد نام داروی گیاهی:					
داروها دریافت هرگونه آنتی بادی منوکلونال <input type="checkbox"/> NSAIDS <input type="checkbox"/> ترکیبات طلا <input type="checkbox"/> پنی سیلامین <input type="checkbox"/> جیوه <input type="checkbox"/> مصرف آلبومین کاتیونی از نوع خوگی <input type="checkbox"/> Anti-TNF <input type="checkbox"/> سابقه <input type="checkbox"/>			دریاقت هرگونه آنتی بادی منوکلونال <input type="checkbox"/> داروهای ضد قارچ از قبیل فلوکونازول <input type="checkbox"/>		
مصرف پروتئین گیاهی/ حیوانی مغزها: حبوبات: تخم مرغ: گوشت مرغ: گوشت ماهی: گوشت قرمز:		مصرف لبنیات (بر حسب واحد) شیر: ماست: کشک: سایر لبنیات:		سبزیجات / صیفی جات: چربی ها:	
میوه جات:		کربوهیدرات:		چربی ها:	
نوع روغن مصرفی در منزل: <input type="checkbox"/> جامد نباتی <input type="checkbox"/> حیوانی یا روغن زرد <input type="checkbox"/> روغن بیه گوسفند روغن مایع شامل: <input type="checkbox"/> زیتون <input type="checkbox"/> کنجد <input type="checkbox"/> ذرت <input type="checkbox"/> آفتابگردان <input type="checkbox"/> روغن سرخ کردنی <input type="checkbox"/> سایر:					
عادات و رفتار های غلط غذایی مصرف غذای سرخ شده دفعات مصرف فست فودها مصرف غذای آماده و بیرون منزل			<input type="checkbox"/> سریع غذا خوردن <input type="checkbox"/> مصرف آب همراه غذا <input type="checkbox"/> خوب جویدن غذا <input type="checkbox"/> درهم خوری انواع غذاها با هم (سالاد و ماست و... همراه با غذا) <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سالانه		

اطلاعات بیماران در پیگیری مراجعات بعدی (سه ماه اول بعد از شروع درمان)

تاریخ مراجعه:		علت مراجعه:		اقدامات انجام شده در مراجعه فعلی:	
وزن:	قد:	BMI:	دور شکم (از روی ناف):		
فشار خون از دست راست:	درجه حرارت بدن:	حجم ادراری:			
داروهای تجویز شده همراه با دوز مصرفی		<input type="checkbox"/> Rituximab Dosage: <input type="checkbox"/> Cyclosporine Dosage: <input type="checkbox"/> Tacrolimus Dosage: <input type="checkbox"/> Prednisolone Dosage: <input type="checkbox"/> Cyclophosphamide Dosage: <input type="checkbox"/> Mycophenolate Dosage: <input type="checkbox"/> ASA Dosage: <input type="checkbox"/> ACEI Dosage: <input type="checkbox"/> ARB Dosage: <input type="checkbox"/> CCB Dosage: <input type="checkbox"/> Warfarin Dosage: <input type="checkbox"/> LMVH Dosage: <input type="checkbox"/> UFH Dosage: <input type="checkbox"/> NOACs Dosage: <input type="checkbox"/> NSAIDS Dosage: <input type="checkbox"/> Antibiotics Type: Dosage: <input type="checkbox"/> Others Name: Dosage:			
علائم در هنگام مراجعه		<input type="checkbox"/> ادم صورت <input type="checkbox"/> ادم اندامها <input type="checkbox"/> ادم انازاک <input type="checkbox"/> شواهد ترمیوآمبولی <input type="checkbox"/> شواهد هماچوری ماکروسکوپی <input type="checkbox"/> کف کردن ادرار <input type="checkbox"/> کاهش حجم ادراری <input type="checkbox"/> سوزش ادراری <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> بی‌اشتهایی			
نتایج معاینه فیزیکی		BP: PR: RR: BT:			
CBC		Hgb HTC Platelet MCV: MCH: WBC BLAST PMN MN LYM EOS			
چربی خون		Chol/TG: Total: HDL: LDL:			
U/A میکروسکوپی		WBC: RBC: CAST: Protein: sugar: Glucose Nitrate: Leukocyte: specific Gravity:			

Color: Cloudiness: Odor: Clarity:	U/A ماکروسکوپی
PT: PTT: INR:	تست های انعقادی
BUN: Cr: Serum uric Acid: GFR: :Albumin/Creatinine Ratio پروتئین ادرار ۲۴ ساعته:	تست های کلیوی
ALT: ALK.ph: Bilirubin Total (Direct , In Direct): AST: TSH: free T4:	تست های کبدی و تیروئیدی
CO2: PH: HCO3:	Blood Gas and blood ACIDOSIS
PLA2R Antibody: THSD7A Antibody:	تیترا آنتی بادی های خون
CRP: FBS: ESR: ۱۲ ساعته : ۱ ساعته	سایر آزمایشات
<input type="checkbox"/> ریزش مو زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> هایپرپلازی لته زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> نوروپاتی زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> لوکوپنی زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> آنمی زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> دیابت تازه شروع شده زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> علائم سندرم کوشینگ زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> بروز عفونت زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> اسهال زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان	عوارض درمان
<input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> نان هوچکین لنفوما <input type="checkbox"/> لنفوم <input type="checkbox"/> بدخیمی خونی <input type="checkbox"/> کانسر ریه <input type="checkbox"/> کانسر کولون <input type="checkbox"/> کانسر برست	کانسر تازه تشخیصی داده شده در حین درمان
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NO response <input type="checkbox"/> Relapse	ارزیابی پاسخ به درمان
<input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> دو ماه یکبار <input type="checkbox"/> شش ماه یکبار <input type="checkbox"/> سالانه	فاصله مراجعات

اطلاعات بیماران در پیگیری مراجعات بعدی (شش ماه اول بعد از شروع درمان)

تاریخ مراجعه:		علت مراجعه:		اقدامات انجام شده در مراجعه فعلی:	
وزن:		قد:	BMI:	دور شکم (از روی ناف):	
فشار خون از دست راست:		درجه حرارت بدن:		حجم ادراری:	
داروهای تجویز شده همراه با دوز مصرفی		<input type="checkbox"/> Rituximab Dosage: <input type="checkbox"/> Cyclosporine Dosage: <input type="checkbox"/> Tacrolimus Dosage: <input type="checkbox"/> Prednisolone Dosage: <input type="checkbox"/> Cyclophosphamide Dosage: <input type="checkbox"/> Mycophenolate Dosage: <input type="checkbox"/> ASA Dosage: <input type="checkbox"/> ACEI Dosage: <input type="checkbox"/> ARB Dosage: <input type="checkbox"/> CCB Dosage: <input type="checkbox"/> Warfarin Dosage: <input type="checkbox"/> LMVH Dosage: <input type="checkbox"/> UFH Dosage: <input type="checkbox"/> NOACs Dosage: <input type="checkbox"/> NSAIDS Dosage: <input type="checkbox"/> Antibiotics Type: Dosage: <input type="checkbox"/> Others Name: Dosage:			
علائم در هنگام مراجعه		<input type="checkbox"/> ادم صورت <input type="checkbox"/> ادم اندامها <input type="checkbox"/> ادم انازاک <input type="checkbox"/> شواهد ترمیوآمبولی <input type="checkbox"/> شواهد هماچوری ماکروسکوپی <input type="checkbox"/> کف کردن ادرار <input type="checkbox"/> کاهش حجم ادراری <input type="checkbox"/> سوزش ادراری <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> بی‌اشتهایی			
نتایج معاینه فیزیکی		BP: PR: RR: BT:			
CBC		Hgb HTC Platelet MCV: MCH: WBC BLAST PMN MN LYM EOS			
چربی خون		Chol/TG: Total: HDL: LDL:			
U/A میکروسکوپی		WBC: RBC: CAST: Protein: sugar: Glucose Nitrate: Leukocyte: specific Gravity:			

Color: Cloudiness: Odor: Clarity:	U/A ماکروسکوپی
PT: PTT: INR:	تست های انعقادی
BUN: Cr: Serum uric Acid: GFR: :Albumin/Creatinine Ratio پروتئین ادرار ۲۴ ساعته:	تست های کلیوی
ALT: ALK.ph: Bilirubin Total (Direct , In Direct): AST: TSH: free T4:	تست های کبدی و تیروئیدی
CO2: PH: HCO3:	Blood Gas and blood ACIDOSIS
PLA2R Antibody: THSD7A Antibody:	تیترا آنتی بادی های خون
CRP: FBS: ESR: ۱۲ ساعته: ۱ ساعته:	سایر آزمایشات
<input type="checkbox"/> ریزش مو زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> هایپرپلازی لته زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> نوروپاتی زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> لوکوپنی زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> آنمی زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> دیابت تازه شروع شده زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> علائم سندرم کوشینگ زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> بروز عفونت زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> اسهال زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان	عوارض درمان
<input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> نان هوچکین لنفوما <input type="checkbox"/> لنفوم <input type="checkbox"/> بدخیمی خونی <input type="checkbox"/> کانسر ریه <input type="checkbox"/> کانسر کولون <input type="checkbox"/> کانسر برست	کانسر تازه تشخیصی داده شده در حین درمان
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NO response <input type="checkbox"/> Relapse	ارزیابی پاسخ به درمان
<input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> دو ماه یکبار <input type="checkbox"/> شش ماه یکبار <input type="checkbox"/> سالانه	فاصله مراجعات

اطلاعات بیماران در پیگیری مراجعات بعدی (۱۲ ماه بعد از شروع درمان)

تاریخ مراجعه:		علت مراجعه:		اقدامات انجام شده در مراجعه فعلی:	
وزن:	قد:	BMI:	دور شکم (از روی ناف):		
فشار خون از دست راست:	درجه حرارت بدن:	حجم ادراری:			
داروهای تجویز شده همراه با دوز مصرفی		<input type="checkbox"/> Rituximab Dosage: <input type="checkbox"/> Cyclosporine Dosage: <input type="checkbox"/> Tacrolimus Dosage: <input type="checkbox"/> Prednisolone Dosage: <input type="checkbox"/> Cyclophosphamide Dosage: <input type="checkbox"/> Mycophenolate Dosage: <input type="checkbox"/> ASA Dosage: <input type="checkbox"/> ACEI Dosage: <input type="checkbox"/> ARB Dosage: <input type="checkbox"/> CCB Dosage: <input type="checkbox"/> Warfarin Dosage: <input type="checkbox"/> LMVH Dosage: <input type="checkbox"/> UFH Dosage: <input type="checkbox"/> NOACs Dosage: <input type="checkbox"/> NSAIDS Dosage: <input type="checkbox"/> Antibiotics Type: Dosage: <input type="checkbox"/> Others Name: Dosage:			
علائم در هنگام مراجعه		<input type="checkbox"/> ادم صورت <input type="checkbox"/> ادم اندامها <input type="checkbox"/> ادم انازاک <input type="checkbox"/> شواهد ترمیوآمبولی <input type="checkbox"/> شواهد هماچوری ماکروسکوپی <input type="checkbox"/> کف کردن ادرار <input type="checkbox"/> کاهش حجم ادراری <input type="checkbox"/> سوزش ادراری <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> بی اشتهايي			
نتایج معاینه فیزیکی		BP: PR: RR: BT:			
CBC		Hgb HTC Platelet MCV: MCH: WBC BLAST PMN MN LYM EOS			
چربی خون		Chol/TG: Total: HDL: LDL:			
U/A میکروسکوپی		WBC: RBC: CAST: Protein: sugar: Glucose Nitrate: Leukocyte: specific Gravity:			

Color: Cloudiness: Odor: Clarity:	U/A ماکروسکوپی
PT: PTT: INR:	تست های انعقادی
BUN: Cr: Serum uric Acid: GFR: :Albumin/Creatinine Ratio پروتئین ادرار ۲۴ ساعته:	تست های کلیوی
ALT: ALK.ph: Bilirubin Total (Direct , In Direct): AST: TSH: free T4:	تست های کبدی و تیروئیدی
CO2: PH: HCO3:	Blood Gas and blood ACIDOSIS
PLA2R Antibody: THSD7A Antibody:	تیترا آنتی بادی های خون
CRP: FBS: ESR: ۱۲ ساعته : ۱ ساعته	سایر آزمایشات
<input type="checkbox"/> ریزش مو زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> هایپرپلازی لته زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> نوروپاتی زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> لوکوپنی زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> آنمی زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> دیابت تازه شروع شده زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> علائم سندرم کوشینگ زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> بروز عفونت زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان <input type="checkbox"/> اسهال زمان بروز: ماه بعد از شروع درمان	عوارض درمان
<input type="checkbox"/> RCC <input type="checkbox"/> نان هوچکین لنفوما <input type="checkbox"/> لنفوم <input type="checkbox"/> بدخیمی خونی <input type="checkbox"/> کانسر ریه <input type="checkbox"/> کانسر کولون <input type="checkbox"/> کانسر برست	کانسر تازه تشخیصی داده شده در حین درمان
<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NO response <input type="checkbox"/> Relapse	ارزیابی پاسخ به درمان
<input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> دو ماه یکبار <input type="checkbox"/> شش ماه یکبار <input type="checkbox"/> سالانه	فاصله مراجعات