**ВСТУПЛЕНИЕ**

*В связи с отсутствием в Российской Федерации широкой клинической и исследовательской практики в диагностике и лечении пациентов с наследственными нервно-мышечными заболеваниями (далее - НМЗ) врачи и представители общественного движения пациентов с наследственными нервно-мышечными заболеваниями (“*[*Проект Ай-Мио*](https://i-mio.org/)*”) при поддержке* [*Института стволовых клеток человека*](https://hsci.ru/) *(г. Москва) запускают* ***Программу по развитию российской медицинской практики в области наследственных НМЗ*** *(далее - Программа).****Основными задачами*** *нашей программы являются совершенствование диагностики и повышение качества оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

На первом этапе мы проводим сбор анкетных данных для определения текущего статуса пациентов, наличия ранее установленных предварительных или окончательно подтвержденных диагнозов, а также имеющихся результатов лабораторно-инструментальной диагностики.

На основании полученных сведений планируется формирование программ по оказанию консультативной помощи и создание регистра пациентов с наследственными нервно-мышечными заболеваниями в РФ.*

**ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Постановка точного диагноза больного.
2. Оказание консультативной помощи в сфере нервно-мышечной патологии.
3. Создание регистра пациентов с нервно-мышечными заболеваниями для оперативного информирования пациентов о разрабатываемых программах лечения и быстрого включения в них, а также для формирования условий привлечения на российский рынок и сотрудничества с фармацевтическими компаниями, внедряющими орфанные лекарственные препараты.

**АНКЕТА КАНДИДАТА**

**на участие в исследовании нервно-мышечных заболеваний**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, согласен на обработку моих персональных данных для участия в Программе по развитию российской медицинской практики в области НМЗ. Подтверждением моего согласия является направление настоящей заполненной анкеты с адреса электронной почты, указанной в разделе “Сведения о кандидате”, на адрес epistaxis@mail.ru.

**Заполненные анкеты просим направлять по адресу** **epistaxis@mail.ru** **(Бардаков Сергей Николаевич) с указанием в теме письма “Анкета кандидата”.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вопрос** | **Ответ** |
| *Сведения о кандидате* |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Город проживания |  |
| Контактный телефон |  |
| Электронная почта |  |
| *Сведения о заболевании* |
| Диагноз |  |
| Чем подтверждён диагноз (выписка с анализами, генетический тест) |  |
| Предположительный диагноз (если нет подтверждённого диагноза) |  |
| Количество больных членов семьи, родство |  |
| Возраст проявления болезни |  |
| Внешние проявления заболевания на данный момент (фенотип) |  |
| Город и регион рождения |  |
| С чего началось проявление заболевания, первые симптомы |  |
| Главные жалобы на данный момент |  |
| Находитесь ли вы на лечении в больнице или амбулаторно, наблюдаетесь ли у врача по данному заболеванию |  |
| *Показатели анализов (указать дату проведения анализа/исследования)* |
| Мутация (если известна) |  |
| КФК |  |
| АЛТ |  |
| АСТ |  |
| ЛДГ |  |
| Миоглобин |  |
| Фермент альфаглюкозидаза |  |
| МРТ мышц бедра |  |
| МРТ мышц голени |  |
| Биопсия мышц |  |
| Электромиограмма |  |
| Электронейромиограмма |  |
| Иные анализы и исследования |  |
| *Дополнительно* |
| Напишите вопросы, которые Вы хотите задать врачу.  |  |

**Заполненные анкеты просим направлять по адресу** **epistaxis@mail.ru** **(Бардаков Сергей Николаевич) с указанием в теме письма “Анкета кандидата”.**