

فرم ارزیابی بیماران مشکوک به عفونت

اطلاعات مراجعه کننده/ بیمار

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: جنس: مؤنث مذکر

کد ملی: تاریخ پذیرش: سن:

محل نمونه برداری: ارسالی از (.....): ساعت گرفتن نمونه: شماره نمونه:

۱- آزمایش درخواستی:

۲- شروع عفونت:

۳- علائم:

۴- سابقه عفونت و بیماری قبلی:

۵- در صورت مصرف آنتی بیوتیک نام آن را ذکر نمایید:

۶- در صورت مصرف کورتون، شیمی درمانی یا بیماری زمینه ای (مانند دیابت) آن را بنویسید:

۷- (خانم ها): آیا باردار هستید: بلی ماه چندم: خیر

۸- کیفیت نمونه: قابل قبول غیر قابل قبول

