

فرم ثبت اطلاعات برای آزمایشهای تخصصی

مراجعه کننده محترم پاسخ صحیح به سوالات زیر نه تنها سبب جلوگیری از خطا می شود بلکه به تصمیم گیری در مورد تکرار آزمایش و یا استفاده از آزمایشات تکمیلی کمک کننده خواهد بود لذا لطفا در تکمیل این فرم نهایت دقت را مبذول فرمایید.

اطلاعات مراجعه کننده/ بیمار			
نام و نام خانوادگی:		تاریخ تولد:	
<input type="radio"/> مؤنث	<input type="radio"/> مذکر	جنسیت:	
کد ملی:		تاریخ مراجعه:	
پزشک معالج:		<input type="radio"/> بستری (در	<input type="radio"/> سرپایی
محل نمونه برداری:		<input type="radio"/> آزمایشگاه پیوند	<input type="radio"/> ارسالی (از
تلفن تماس: (ثابت/همراه)			

نوع آزمایش درخواستی:

PCR Flow cytometry FISH

نوع بیماری و زمان شروع علائم بالینی :

در صورت مصرف دارو، نام و زمان شروع مصرف و میزان دارو (لطفا در صورت توقف در مصرف دارو ، زمان را اعلام فرمایید):

آیا تزریق خون طی ۱-۲ ماه گذشته داشته اید؟

سابقه انجام آزمایش ها (ارائه رونوشت نتایج آزمایش های قبلی اعم از گزارش پاتولوژی ، ژنتیک و مولکولی الزامی است)

سابقه انجام آزمایش تخصصی در آزمایشگاه پیوند : دارد ندارد

نمونه ارائه شده به آزمایشگاه :

خون (CBC) سرم ترشحات حلق ترشحات واژن یا مجرا
 مغز استخوان بلوک بافتی پارافینه شماره بلوک: مایعات بدن :

آیا با استفاده از مابقی نمونه و نتایج حاصل از آن در امور آموزشی و پژوهشی و ارتقاء سطح علمی موافق هستید؟ بلی خیر

نام و نام خانوادگی بیمار و یا همراه بیمار

امضاء

