

فرم درخواست تست Urine free Cortisol

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: جنسیت: O مذکر O مونث

بیماری یا علت درخواست آزمایش:

میزان کورتیزول خون با واحد nmol/L:

مصرف دگزا متازون یا داروهای مشابه:

حجم ادرار (urine volume):

