

فرم اطلاعات مراجعین جهت آزمایش‌های تخصصی و فوق تخصصی ترومبوفیلی

اطلاعات مراجعه کننده/ بیمار

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

کد ملی: تاریخ مراجعه: تلفن تماس: (ثابت/همراه)

پزشک معالج: بستری (در) سرپایی

محل نمونه برداری: آزمایشگاه پیوند ارسالی (از) گروه خون:

شرح حال (مختصر):

علت مراجعه به پزشک:

تشکیل لخته (ترومبوز) شریانی سکنه قلبی (MI)

تشکیل لخته (ترومبوز) وریدی لخته در وریدهای عمقی (DVT)

سابقه اختلالات بارداری سقط جنین

پیش مسمومیت حاملگی (Pre-eclampsia) مسمومیت حاملگی (Eclampsia) سن بارداری در زمان سقط

سایر موارد (ذکر شود):

آیا در حال حاضر باردار هستید:

بله خیر

آیا به بیماری خاصی (علاوه بر مشکلات فوق) مبتلا هستید؟

بله خیر

نام بیماری:

مدت ابتلا: نوع داروی مصرفی:

آیا سابقه لخته شریانی یا وریدی فامیلی دارید؟

بله خیر

نسبت: سن ابتلا:

آیا سابقه مصرف داروهای ضد انعقاد/ضد پلاکتی در حال حاضر و یا در طی ۷۲ ساعت گذشته دارید؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن لطفاً نوع دارو را مشخص نمایید.

آیا سابقه تزریق فرآورده‌های خونی در طی ۷۲ ساعت گذشته دارید:

بله خیر

آیا پیوند مغزاستخوان یا کبد برای شما انجام شده است:

بله خیر

