

فرم ثبت اطلاعات OCB

نام و نام خانوادگی:

تاریخ مراجعه و نمونه گیری:

شرح حال (مختصر):

علت مراجعه به پزشک:

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

نوع داروی مصرفی:

مدت ابتلا:

نام بیماری:

آیا سابقه ی بیماری M.S در خود و خانواده داشته اید؟

بخش نمونه گیری و جداسازی:

دمای ارسال نمونه های Serum و CSF:

تهران، خیابان شریعتی، خیابان ظفر، شماره ۱۷۴

تلفن: ۰۲۱-۲۲۲۶۴۱۴۴

پست الکترونیکی: Info@payvandlab.com ، آدرس وبسایت: www.payvandlab.com

