۴۴ ۱۱ ۱۱ ۹۵
www.ZIBASHAHRLAB.ir
آیت ا... کاشانی، نبش خیابان لاله، پلاک ۵۸

زیبا شهر
آزمایشگاه تشخیص طبی

# فرم درخواست آزمایشگاه

آزمایشگاه ارسال کننده: .....

نحوه ارسال : زمینی ☐ هوایی ☐ پیک ☐

نوع بسته: .....

تاریخ : .....
شماره صفحه : .....

نام و امضاء نماینده آزمایشگاه ارجاع:
مهر آزمایشگاه ارجاع:

نام و امضاء نماینده آزمایشگاه دنا:

| ردیف | نام بیمـــــار | مذکر/مونث | شماره پذیرش آزمایشگاه ارسال کننده | سن | آزمایشهای درخواستـــــی | نوع نمونه | توضیحات و شرح حال | پیوست دارد |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | | |
| ٤ | | | | | | | | |
| ٥ | | | | | | | | |
| ٦ | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | |
| ۹ | | | | | | | | |

تعداد نمونه ..... ☐☐ فرم ..... ☐☐ سرم ..... ☐☐ پلاسما ..... ☐☐ دمای 18-26.C ☐☐

خون تام ..... ☐☐ NIFTY ..... ☐☐ ادرار ..... ☐☐ مدفوع ..... ☐☐ دمای 2-8.C ☐☐

آمنیون ..... ☐☐ پاتولوژی ..... ☐☐ لام و بلوک ..... ☐☐ لیکوئید ..... ☐☐ دمای -20.C ☐☐

سنگ ..... ☐☐ Semen ..... ☐☐ Body Fluid ..... ☐☐ سایر موارد ..... ☐☐ لوله تاریک ☐☐

برگه CBC ..... ☐☐ Paper ..... ☐☐

نام دریافت‌کننده نمونه:
تاریخ:
ساعت:

نام پذیرش‌کننده نمونه:
تاریخ:
ساعت:

نام چک کننده پذیرش:
تاریخ:
ساعت:

نام تفکیک نمونه:
تاریخ:
ساعت: