

شماره فرم : F-SCO-20

ویرایش : A

بخش نمونه گیری فرم ثبت اطلاعات نمونه های پاتولوژی



آزمایشگاه مرکزی فردیس

کلینیکال و آناتومیكال

مستندات سیستم کیفیت ، هر گونه کپی و تکثیر از این سند صرفاً توسط دفتر بهبود کیفیت و بهره روی انجام خواهد شد

شماره پذیرش :	شماره پاتولوژی :
نام بیمار :	سن بیمار :
محل تولد :	شغل :
نام پدر :	تاریخ دریافت نمونه :
آدرس و تلفن بیمار :	
نام پزشک و تخصص مربوطه :	
آدرس و تلفن پزشک :	
محل برداشت نمونه :	تاریخ برداشت نمونه :
شرح حال بیمار و علت برداشت نمونه :	
چنانچه فرم مخصوص آندوسکوپی ، کولونوسکوپی و یا برگه شرح عمل موجود است کپی آن ضمیمه شود .	
آیا نمونه در هنگام دریافت داخل فرمالین است ؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
نام و کد پرسنلی دریافت کننده نمونه :	
درخواست جوابدهی اورژانس <input type="checkbox"/>	