



آزمایشگاه مرکزی فردیس  
کلینیکال و آناتومیكال

## فرم ثبت اطلاعات مربوط به تست آلرژی

شماره فرم: F-SCO-31  
ویرایش: C  
تاریخ: ۹۷/۰۷/۲۰

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

### نام آزمایشگاه ارسال کننده:

نام و نام خانوادگی:

شماره پذیرش:

سن:

تاریخ تولد:

تلفن:

تاریخ مراجعه:

۱. بیشترین علائمی که سبب ناراحتی شما می شود چیست؟

۲. شروع این علائم از چه سنی بوده است؟

۳. آیا ماده خوراکی خاصی سبب ایجاد تحریکات آلرژیک در شما می شود؟ نام ببرید:

۴. آیا محیط پیرامون (طبیعت، محل زندگی، محل کار) سبب ایجاد تحریکات آلرژیک در شما می شود؟ توضیح دهید.

۵. آیا کسی از بستگان درجه یک شما سابقه آلرژی و حساسیت دارد؟ بلی  خیر   
پدر  مادر  خواهر  برادر  فرزند  چه نوعی؟ .....

۶. آیا تاکنون از داروی ضد حساسیت خاصی استفاده کرده اید؟ بلی  خیر   
در صورت مثبت بودن پاسخ فوق توضیح دهید.

• درخواست پزشک اسکن شده است

• نام فرد تکمیل کننده فرم: