



آزمایشگاه مرکزی فردیس
کلینیکال و آناتومیكال

بخش نمونه گیری
فرم ثبت اطلاعات نمونه های تشخیص مولکولی و
PCR

شماره فرم: F-SCO-25
ویرایش: A

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

شماره پذیرش:	شماره تشخیص مولکولی:
نام بیمار:	سن بیمار:
شغل:	تلفن:
تاریخ نمونه گیری:	تاریخ جوابدهی:
آزمایش درخواستی:	
نوع نمونه مورد نیاز:	<input type="checkbox"/> سرم <input type="checkbox"/> پلاسما <input type="checkbox"/> خون کامل
<input type="checkbox"/> خلط	<input type="checkbox"/> ترشحات <input type="checkbox"/> بافت
نام پزشک و تخصص مربوطه:	
آدرس و تلفن پزشک:	
شرح حال بیمار و علت درخواست آزمایش:	
هر گونه سابقه بیماری مرتبط با آزمایش فعلی (از جمله نتایج آزمایشات) ضمیمه گردد.	
نام و کد پرسنلی تکمیل کننده فرم:	
<input type="checkbox"/> درخواست جوابدهی اورژانس	