

مجموعه آزمایشگاهی کاوش

فرم درخواست فلوسایتومتری

تاریخ جمع آوری نمونه در آزمایشگاه ارسال کننده:	تاریخ دریافت نمونه در آزمایشگاه کاوش:
------------------------------------------------	---------------------------------------

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پزشک درخواست کننده:
سن بیمار:	تلفن ثابت بیمار:
شماره پذیرش:	تلفن همراه بیمار:

<input type="radio"/> خون محیطی : تعداد.....ویال ظاهر <input type="checkbox"/> نرمال، <input type="checkbox"/> دارای لخته، <input type="checkbox"/> لیز،.....	نمونه
<input type="radio"/> اسپیراسیون مغز استخوان :تعداد.....ویال، ظاهر <input type="checkbox"/> نرمال، <input type="checkbox"/> دارای لخته، <input type="checkbox"/> لیز،.....	
<input type="radio"/> مایعات بدن از نوع:تعداد.....ویال، ظاهر <input type="checkbox"/> نرمال، <input type="checkbox"/> دارای لخته، <input type="checkbox"/> لیز،.....	
آیا لام ارسالی نیز دارد؟ بله <input type="checkbox"/> تعداد(.....) خیر <input type="checkbox"/>	

مارک‌های درخواستی پزشک:

شرح حال بیمار:	
سابقه بیماری:	
داروهای مصرفی:	
<input type="checkbox"/> سابقه پیوند مغز استخوان، تاریخ..... <input type="checkbox"/> سابقه تزریق خون، تاریخ.....	

اینجانب <input type="checkbox"/> رضایت..... <input type="checkbox"/> رضایت <input type="checkbox"/> عدم رضایت خود را از پرداخت هزینه و انجام آزمایشات تکمیلی لازم برای تشخیص نهایی علاوه بر آنچه پذیرش شده است اعلام می دارم.
