



### فرم اطلاعات آنتی مورین AMH

نام و نام خانوادگی بیمار :	شماره پذیرش :
قد :	وزن:
	تاریخ تولد :

در طی چند ماه اخیر، عادت ماهیانه شما منظم بوده یا نامنظم؟	منظم	نامنظم
تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی؟	بلی	خیر
سابقه مصرف سیگار؟	بلی	خیر
سابقه ی تخمدن پلی کیستیک؟	بلی	خیر
ایا داروهای ضدبارداری مصرف میکنید؟	بلی	خیر
سابقه ی شیمی درمانی یا رادیوتراپی؟	بلی	خیر
سابقه ی اسیب شدید تخمدانی مثل جراحی یا ضربه به تخمدان؟	بلی	خیر

تاریخ نمونه گیری ؟	
تاریخ انجام آزمایش روی نمونه بیمار؟	
مقدار AMH گزارش شده ؟	



### فرم اطلاعات آنتی مورین AMH

نام و نام خانوادگی بیمار :	شماره پذیرش :
قد :	وزن:
	تاریخ تولد :

در طی چند ماه اخیر، عادت ماهیانه شما منظم بوده یا نامنظم؟	منظم	نامنظم
تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی؟	بلی	خیر
سابقه مصرف سیگار؟	بلی	خیر
سابقه ی تخمدن پلی کیستیک؟	بلی	خیر
ایا داروهای ضدبارداری مصرف میکنید؟	بلی	خیر
سابقه ی شیمی درمانی یا رادیوتراپی؟	بلی	خیر
سابقه ی اسیب شدید تخمدانی مثل جراحی یا ضربه به تخمدان؟	بلی	خیر

تاریخ نمونه گیری ؟	
تاریخ انجام آزمایش روی نمونه بیمار؟	
مقدار AMH گزارش شده ؟	