

## فرم ثبت اطلاعات برای آزمایشهای تخصصی

مراجعه کننده محترم پاسخ صحیح به سوالات زیر نه تنها سبب جلوگیری از خطا می شود بلکه به تصمیم گیری در مورد تکرار آزمایش و یا استفاده از آزمایشات تکمیلی کمک کننده خواهد بود لذا لطفا در تکمیل این فرم نهایت دقت را مبذول فرمایید.

اطلاعات مراجعه کننده / بیمار			
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	جنسیت:	<input type="radio"/> مذکر <input type="radio"/> مؤنث
کد ملی:	تاریخ مراجعه:	تلفن تماس: (ثابت/همراه)	
پزشک معالج:	<input type="radio"/> بستری (در)	(	<input type="radio"/> سرپایی
محل نمونه برداری:	<input type="radio"/> آزمایشگاه پیوند	(	<input type="radio"/> ارسالی (از)

نوع آزمایش درخواستی:			
<input type="radio"/> FISH	<input type="radio"/> Flow cytometry	<input type="radio"/> PCR	
نوع بیماری و زمان شروع علائم بالینی:			
در صورت مصرف دارو، نام و زمان شروع مصرف و میزان دارو (لطفا در صورت توقف در مصرف دارو، زمان را اعلام فرمایید):			
آیا تزریق خون طی ۱-۲ ماه گذشته داشته اید؟			
سابقه انجام آزمایش ها (ارائه رونوشت نتایج آزمایش های قبلی اعم از گزارش پاتولوژی، ژنتیک و مولکولی الزامی است)			
سابقه انجام آزمایش تخصصی در آزمایشگاه پیوند:			
<input type="radio"/> دارد	<input type="radio"/> ندارد		
نمونه ارائه شده به آزمایشگاه:			
<input type="radio"/> خون (CBC)	<input type="radio"/> سرم	<input type="radio"/> ترشحات حلق	<input type="radio"/> ترشحات واژن یا مجرا
<input type="radio"/> مغز استخوان	<input type="radio"/> بلوک بافتی پارافینه	<input type="radio"/> شماره بلوک:.....	<input type="radio"/> مایعات بدن: .....

آیا با استفاده از مابقی نمونه و نتایج حاصل از آن در امور آموزشی و پژوهشی و ارتقاء سطح علمی موافق هستید؟  بلی  خیر

نام و نام خانوادگی بیمار و یا همراه بیمار

امضاء

## فرم ارزیابی بیماران مشکوک به عفونت

### اطلاعات مراجعه کننده/ بیمار

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: جنس:  مؤنث  مذکر

کد ملی: تاریخ پذیرش: سن:

محل نمونه برداری: ارسالی از (.....): ساعت گرفتن نمونه: شماره نمونه:

۱- آزمایش درخواستی:

۲- شروع عفونت:

۳- علائم:

۴- سابقه عفونت و بیماری قبلی:

۵- در صورت مصرف آنتی بیوتیک نام آن را ذکر نمایید:

۶- در صورت مصرف کورتون، شیمی درمانی یا بیماری زمینه ای (مانند دیابت) آن را بنویسید:

۷- (خانم ها): آیا باردار هستید:  بلی  خیر ماه چندم:

۸- کیفیت نمونه:  قابل قبول  غیر قابل قبول