



فرم پرسشنامه تستهای پیوندی (Panel Ab Screening)

نام و نام خانوادگی: سن: گروه خونی: تاریخ پذیرش: نام پزشک:

چه تعداد بارداریافت نموده اید؟

زمان دریافت (چه مدت پیش بوده است؟)

بله: سابقه دریافت خون: خیر:

گروه خونی فرزند/فرزندان؟

..... سابقه بارداری (چند مرتبه):

..... سابقه سقط (چند مرتبه):

«جواب آزمایشات LDH و Coombs Wright و Bilirubin حتماً ضمیمه گردد»

همکار محترم از نمونه گیری در روزهای قبل از تعطیلی خودداری نمایید(نمونه گیری بیمار در روز ارسال انجام شود)

مهر آزمایشگاه ارسال کننده

FR-04-0221-00