



فرم مشخصات مراجعین (داروهای بیولوژیکی)

نام و نام خانوادگی :	
کد ملی بیمار:	
نام بیماری:	
داروی تزریقی:	
Infliximab(remicade): ☐ Adalimumab(cinnoRA): ☐	
تاریخ تزریق قبلی:	تاریخ نمونه گیری :
تاریخ تزریق بعدی :	فواصل بین تزریق:
- آیا داروی تزریقی به شما پاسخ داده یا خیر ؟ - آیا در مدت اخیر تغییر در فاصله یا مقدار تزریقی ایجاد شده است؟ در صورت جواب مثبت تغییرات از چه زمانی و به چه صورتی بوده است؟ سایر توضیحات:..... مهر آزمایشگاه ارسال کننده	
همکار محترم از نمونه گیری در روزهای قبل از تعطیلی خودداری نمایید(نمونه گیری بیمار باید در همان روز انجام شود) «پر کردن کلیه فیلدها الزامی می باشد»	