

## 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  ماه چندم:  خیر

۸- کیفیت نمونه:  قابل قبول  غیر قابل قبول