

## فرم ثبت اطلاعات تست قارچ



مراجعه کننده محترم پاسخ به سوالات زیر نه تنها سبب جلوگیری از خطا میشود 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"/> مونث
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:  FISH  FLOW cytometry  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):

ایا تزریق خون طی ۱-۲ ماه گذشته داشته اید؟

سابقه انجام آزمایش ها (ارائه رونوشت نتایج آزمایش های قبلی اعم از گزارش پاتولوژی، زنتیک و مولکولی الزامی است)

سابقه انجام آزمایش تخصصی در آزمایشگاه پیوند:  دارد  ندارد

نمونه ارائه شده به آزمایشگاه:

خون (CBC)  سرم  ترشحات حلق  ترشحات واژن یا مجرا

مغز استخوان  بلوک بافتی پرافینه  شماره بلوک: .....  مایعات بدنی: .....

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