



فرم مشخصات مراجعین (داروهای بیولوژیک)

نام و نام خانوادگی : سن : تاریخ پذیرش : شماره پذیرش بیمار :

شماره تلفن ثابت : شماره تلفن همراه : کد ملی بیمار :

آدرس :

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

علت مراجعه به پزشک (نام بیماری) :

.....
.....
.....

Infliximab(remicade): Adalimumab(cinnoRA):	داروی تزریقی:	پزشک معالج :
	فواصل تزریق :	تاریخ آخرین تزریق : / /
	مصرف سایر داروها :	کورتون و متوترکساید :
	ساعت و تاریخ نمونه گیری:	آرام بخش و اعصاب :
- 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:.....		
.....		

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

«پر کردن کلیه فیلدها الزامی می باشد»

مهر آزمایشگاه ارسال کننده

زمان نمونه گیری حتماً الی ۲ روز قبل از تزریق دارو باشد

زمان نمونه گیری حتماً الی ۲ روز قبل از تزریق دارو باشد