

نام آزمایشگاه ارسال کننده:

نوع بسته:

☐☐☐

تاریخ:

صفحه:

نام و امضاء نماینده آزمایشگاه ارجاع:		نام و امضاء نماینده آزمایشگاه دکتر شریفی:						
مهر آزمایشگاه ارجاع:								
ردیف	نام بیمار	جنسیت	شماره پذیرش آزمایشگاه ارسال کننده	سن	آزمایشهای درخواستی	نوع نمونه	توضیحات و شرح حال	پیوست دارد
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
تعداد نمونه		فرم	سرم	پلاسما	دمای 18-26.C	نام پذیرش کننده نمونه:	نام چک کننده پذیرش:	نام تفکیک نمونه:
خون تام		NIFTY	ادرار	مدفوع	دمای 2-8.C	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
آمنیون		پاتولوژی	لام و بلوک	لیکوئید	دمای -20.C	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
سنگ		Semen	Body Fluid	سایر موارد	لوله تاریک	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
برگه CBC		Paper				ساعت:	ساعت:	ساعت: