

راهنمای تکمیل: لطفاً تمامی فیلدهای مربوط به آزمایش(های) درخواستی خود را با خط خوانا و کامل تکمیل نمایید.

### اطلاعات عمومی بیمار

نام و نام خانوادگی: ..... شماره تماس: .....  
گروه خونی: ..... تاریخ و زمان دقیق نمونه‌گیری: ..... سن: .....  
دلیل انجام آزمایش: ..... نام داروی مصرفی: .....  
بیماری زمینه‌ای: ☐ دارد ☐ ندارد  
توضیحات بیماری زمینه‌ای: .....

در صورت وجود بیماری زمینه‌ای، نام و جزئیات آن را بنویسید

شرح حال بیمار در یک ماه اخیر:

علائم، تغییرات در وضعیت سلامت، بیماری‌های اخیر و سایر موارد مهم را شرح دهید

### آزمایش APCA - بررسی علل سقط مکرر

جنسیت: ☐ خانم ☐ آقا  
اطلاعات مخصوص خانم‌ها:  
تعداد بارداری: ..... تعداد فرزندان: .....  
تاریخ آخرین بارداری: ..... تاریخ آخرین سقط: .....  
تعداد سقط: .....  
تاریخ آخرین قاعدگی: .....  
گروه خونی: ..... سابقه مشکلات باروری: ☐ دارد ☐ ندارد  
آزمایش‌های ژنتیکی قبلی: ☐ انجام شده ☐ انجام نشده  
سابقه لنفوترابی یا ایمونوترابی: .....

نام درمان، تاریخ شروع و پایان، نتیجه درمان

### آزمایش CD مارکر - بررسی اختلالات خونی و ایمنی

هدف از انجام آزمایش: ☐ تشخیص بیماری ☐ پایش درمان ☐ غربالگری  
نوع بیماری مورد بررسی: ☐ اختلالات پلاکتی ☐ MS ☐ لوسمی ☐ سایر  
وضعیت درمان فعلی: ☐ تحت درمان ☐ قطع دارو ☐ بدون درمان  
نوع خونریزی: ☐ زیرپوستی ☐ داخلی ☐ دهان/بینی  
آزمایش‌های انعقادی قبلی: ☐ PT/PTT ☐ تعداد پلاکت ☐ تست کومبس  
توضیحات تکمیلی: .....

شدت خونریزی، زمان شروع علائم، داروهای مصرفی و سایر جزئیات مربوط

### آزمایش HPV Genotyping - تشخیص ویروس پاپیلومای انسانی

محل نمونه‌گیری: ..... پزشک معالج: .....  
آیا قبلاً آزمایش HPV انجام داده‌اند؟ ☐ خیر ☐ بله  
نتیجه قبلی: ☐ مثبت ☐ منفی ☐ مشکوک  
تاریخ آخرین پاپ اسمیر: .....  
شرح حال کامل و علائم مشاهده شده: .....

توضیح کاملی از علائم، محل ضایعات، زمان شروع، تغییرات مشاهده شده و سایر موارد مرتبط با HPV

### آزمایش PCR - تشخیص و پیگیری هپاتیت

مدت ابتلا به هپاتیت: ..... نوع هپاتیت: ☐ B ☐ C ☐ D  
نام داروی ضدویروسی: ..... مدت زمان مصرف دارو: .....  
وضعیت درمان: ☐ ادامه دارد ☐ متوقف شده ☐ شروع نشده  
نتایج آخرین آزمایشات سرولوژی و مولکولی: .....

| آزمایش         | مثبت                     | منفی                     | مقدار/تیتراژ | تاریخ | آزمایش         | مثبت                     | منفی                     | مقدار/تیتراژ | تاریخ | یادداشت       |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------|-------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------|-------|---------------|
| HBS Ag         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       | HBV-DNA PCR    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       | توضیحات پزشک: |
| HBS Ab         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       | HCV-RNA PCR    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       |               |
| HBC Ab (IgM)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       | HCV Genotyping | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       |               |
| HBC Ab (Total) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       | HDV Ab         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       |               |
| HBE Ag         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       | HDV RNA        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       |               |
| HBE Ab         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       | HCV Ab         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |       |               |

پاسخ درمان و وضعیت بیمار:

پاسخ به درمان، عوارض جانبی، تغییرات ویروسی، سطح آنزیم‌های کبدی و سایر موارد کلینیکی مهم

تایید کارشناس آزمایشگاه

امضاء مهر و تاریخ

نام کارشناس

تایید بیمار / همراه

امضاء و تاریخ

نسبت با بیمار