|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل گردد.** | | **تاریخ ارسال نمونه** | **کدملی** | **تاریخ تولد(روز/ماه/سال )** | **نام ونام خانوادگی** | **ردیف** |
| **نتیجه آزمایش** | **تاریخ انجام آزمایش** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی –امضاء ومهر بهورز/مراقب سلامت/پرستار نام ونام خانوادگی مسئول آزمایشگاه**

**....................................................................................................................................................................**

**فرم بیماریابی التور در بیمارستان/ پایگاه سلامت / خانه بهداشت ... مرکز جامع سلامت ...**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل گردد.** | | **تاریخ ارسال نمونه** | **کدملی** | **تاریخ تولد(روز/ماه/سال )** | **نام ونام خانوادگی** | **ردیف** |
| **نتیجه آزمایش** | **تاریخ انجام آزمایش** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی –امضاء ومهر بهورز/مراقب سلامت /پرستار نام ونام خانوادگی مسئول آزمایشگاه**