

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



فرم ثبت اطلاعات نمونه های ارسالی		
تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۰۴	ویرایش : ۱	
بخش :	گروه : فنی	

فرم ثبت نمونه های بیماران و نوع آزمایشات درخواستی

آزمایشگاه محترم -----
 به پیوست تعداد ----- نمونه با مشخصات ذیل خدمتتان ارسال گشته است. خواهشمندم بلافاصله پس از تحویل نمونه ها، نسبت به کنترل و وضعیت رد و یا قبول آنها، این آزمایشگاه را مطلع سازید. خواهشمندم جهت تسریع در جوابدهی بیماران هرگونه ارتباط با شماره تلفن: ----- و فاکس: ----- با آقای / خانم ----- صورت گیرد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسه	نوع نمونه	آزمایشات درخواستی	اطلاعات تکمیلی / تاریخچه بیماری

تاریخ و امضاء :

نام و نام خانوادگی کنترل کننده:

آدرس : خیابان ابن سینا- نیش سنبلستان
 تلفن : ۰۳۱۳۴۴۷۶۰۶۰