

## معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



فرم ثبت شرایط ارسال نمونه		
تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۰۴	ویرایش : ۱	
بخش :	گروه : فنی	

### فرم ثبت شرایط ارسال نمونه

کنترل نهایی قبل از بسته بندی نمونه های ارسالی

تاریخ کنترل :	ساعت کنترل :
<p>موارد کنترل شده :</p> <p><input type="checkbox"/> تعداد نمونه ها با درخواست</p> <p><input type="checkbox"/> نوع نمونه با درخواست</p> <p><input type="checkbox"/> حجم نمونه</p> <p><input type="checkbox"/> نحوه بسته بندی و درپوش و کنترل ریزش</p> <p><input type="checkbox"/> رعایت زنجیره سرد</p> <p><input type="checkbox"/> خوانا بودن اطلاعات و مستندات ارسال</p> <p><input type="checkbox"/> نحوه ارسال ( پست، هوایی، پیک و یا سایر موارد دیگر )</p> <p><input type="checkbox"/> ذکر سایر مواردی که کنترل شده است:</p>	
<p>نام و امضاء کنترل کننده:</p>	

آدرس : خیابان ابن سینا- نیش سنبلستان  
 تلفن : ۰۳۱۳۴۴۷۶۰۶۰