



آزمایشگاه رفرانس سل

فرم درخواست آزمایش نمونه های بالینی

بیمارستان بخش تخت نام پزشک
سایر مراکز یا مطب ها

مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: سن:
ملیت: ایرانی غیر ایرانی جنس: مرد زن سابقه ابتلای قبلی دارد ندارد
آدرس محل سکونت: تلفن:
همراه:

مشخصات نمونه

نوع نمونه ارسالی: مایع بیرونش ترشحات لوله تراشه شیره معده
خلط ادرار سایر نمونه ها (ذکر شود)

نام آزمایش درخواستی: تعداد نمونه ها:

تاریخ نمونه گیری: نوبت نمونه:

تاریخ ارسال به آزمایشگاه:

نام و امضای ارسال کننده نمونه:

تذکر مهم:

آزمایشگاه از پذیرش نمونه ی بدون برگه تکمیل شده درخواست ، معذور است.

آدرس آزمایشگاه رفرانس سل:

کاشان - خیابان باباافضل - کوی مسجد جامع - انتهای گذر باباولی - درمانگاه مسلم ابن عقیل (ع)

- طبقه زیرزمین تلفن: ۴۴۴۱۲۲۳