

فرم ۲ - ویژه آزمایشگر

نام بیمار: ..... نام خانوادگی بیمار: .....

سن: □□ جنسیت: مرد □ زن □ قد: □□ سابقه بیماری: قند □ فشار خون □ قلبی □ گوارشی □ عصبی □

کلیوی □ عمل جراحی □ وزن: □□ شغل: ..... داروهای مصرفی روزانه: ۱- ..... ۲- ..... ۳- ..... ۴- .....

تلفن: ..... همراه: ..... آدرس: .....

علت مراجعه: ..... علائم: ۱- ..... ۲- ..... ۳- ..... ۴- .....

بررسی بالینی بیمار(فشار خون): ..... تشخیص: .....

نام داروی پیشنهادی: ..... مدت پیشنهادی: ..... دوز پیشنهادی: ..... نوع مصرف پیشنهادی: .....

آزمایشات پیشنهادی(درمانگر): ۱- ..... ۲- ..... ۳- ..... ۴- .....

آزمایشات پیشنهاد شده توسط مسؤول آزمایشگاه با مشورت درمانگر: ۱- ..... ۲- ..... ۳- .....

۴- ..... ۵- ..... ۵- ..... ۷- ..... ۸- .....

آزمایشات	مقدار آزمایش شده	حد مجاز	نظر آزمایشگر
۱-			
۲-			
۳-			
۴-			
۵-			
۶-			
۷-			
۸-			

تفسیر نتایج آزمایشات: ۱- ..... ۲- ..... ۳- .....

۴- ..... ۵- ..... ۶- .....