



فرم مشخصات مراجعین (داروهای بیولوژیک)

نام و نام خانوادگی: سن: تاریخ پذیرش: شماره پذیرش بیمار:
شماره تلفن ثابت: شماره تلفن همراه: کد ملی بیمار:

آدرس:

همکار محترم از نمونه گیری در روزهای قبل از تعطیلی خودداری نمایید(نمونه گیری بیمار در روز ارسال انجام شود)

<p>علت مراجعه به پزشک (نام بیماری):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Infliximab(remicade): Adalimumab(cinnoRA):</p>	<p>داروی تزریقی: فواصل تزریق:</p>	<p>پزشک معالج:</p> <p>تاریخ آخرین تزریق: / /</p>
<p>مصرف سایر داروها:</p>	<p>کورتون و متوترکساید:</p>	<p>آرام بخش و اعصاب:</p>
<p>ساعت و تاریخ نمونه گیری:</p>	<p>آیا داروی تزریقی به شما پاسخ داده یا خیر؟</p> <p>آیا در مدت اخیر تغییر در فاصله یا مقدار تزریقی ایجاد شده است؟ در صورت جواب مثبت تغییرات از چه زمانی و به چه صورتی بوده است؟</p> <p>سایر توضیحات:</p> <p>.....</p>	

همکار محترم از نمونه گیری در روزهای قبل از تعطیلی خودداری نمایید(نمونه گیری بیمار در روز ارسال انجام شود)

«پر کردن کلیه فیلدها الزامی می باشد»

مهر آزمایشگاه ارسال کننده