



آزمایشگاه مرکزی فردیس  
کلینیکال و اناتومیكال

## بخش نمونه گیری فرم ثبت اطلاعات نمونه های سیتولوژی

شماره فرم: F-SCO-21

ویرایش: A

مستندات سیستم کیفیت، هر گونه کپی و تکثیر از این سند صرفاً توسط دفتر بهبود کیفیت و بهره وری انجام خواهد شد

شماره پذیرش:	شماره سیتولوژی:
نام بیمار:	سن بیمار:
محل تولد:	شغل:
نام پدر:	تاریخ دریافت نمونه:
آدرس و تلفن بیمار:	
نام پزشک و تخصص مربوطه:	
آدرس و تلفن پزشک:	
نوع نمونه سیتولوژی: <input type="checkbox"/> Urine x1 <input type="checkbox"/> Urine x2 <input type="checkbox"/> Urine x3 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Breast FNA <input type="checkbox"/> Thyroid FNA <input type="checkbox"/> Nipple Discharge <input type="checkbox"/> etc <input type="checkbox"/>	
شرح حال بیمار و علت انجام آزمایش:	
هر گونه سابقه بیماری مرتبط با آزمایش فعلی (از جمله نتایج آزمایشات) ضمیمه گردد.	
نام و کد پرسنلی تکمیل کننده فرم:	
درخواست جوابدهی اورژانس <input type="checkbox"/>	