



آزمایشگاه مرکزی فردیس
کلینیکال - آناتومیkal

بخش نمونه گیری

فرم ثبت اطلاعات مربوط به آزمایش

گالاکتومانان

شماره فرم: F-SCO-26

ویرایش: A

تاریخ: ۹۳/۰۴/۰۱

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

سن:		نام بیمار:		تاریخ:	
جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>				شماره:	
نوع بیماری زمینه‌ای:					
برونشکتازی <input type="checkbox"/>		تب <input type="checkbox"/>		خلط <input type="checkbox"/>	
سایر علائم <input type="checkbox"/>		هموپتزی <input type="checkbox"/>		خس خس سینه <input type="checkbox"/>	
مدت علائم مشکوک به آسپرژیلوس:					
کشت		اسمیر		اوتونوفیلی	
		Specific IgG		Specific IgE	
				Total IgE	
نوع آسپرژیلوس					
Aspergilloma		ABPA		ABPA-CA	
				ABPA-S	
ABPA: Allergic Brancho Pulmonary Aspergillosis , CA : Carcinoma , S : Serologic Aspergilloma=Mycetoma=Fungus ball					
BAL-Galactomannan		Serum Galactomannan Ag		Invasive Aspergillus	
داروی مصرفی					