وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: **دانشگاه علوم پزشکی:**

Medical Center: **مرکز پزشکی آموزشی درمانی:**

Insurance No: شماره و نوع بیمه:

یافته‌های آزمایشگاهی

LABORATORY RESULT SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Last name: نام خانوادگی:	Ward: بخش:	Attending Physician: پزشک معالج:	
Name: نام:	Bed: تخت:		
Father name: نام پدر:	Shift: نوبت کاری:	Date of Admission: تاریخ پذیرش:	
Date of Birth: تاریخ تولد:			

آزمایشات ماهانه	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
Hgb												
Hct												
PLt												
FBS برای دیابتیک‌ها												
BUN قبل												
BUN بعد												
K												
Ca												
P												
KT/V												
URR												

آزمایشات سه ماهه	خرداد	شهریور	آذر	اسفند
Ghol				
TG				
Bil.(T)				
Bil.(D)				
Iron سرم				
TIBC				
Ferritin				
Na				
Bicarbonate گرم				
AlKp				
Cr				
AIb سرم				
PTH				

آزمایشات شش ماهه	شهریور	اسفند
HBS Ag		
AST		
ALT		
آزمایشات سالانه		
سطح سرمی ویتامین D		
HBS Ab		
HCV Ab		

*- انجام کلیه آزمایشات اعم از ماهانه، سه ماهه و شش ماهه و سالانه در بدو ورود الزامی است.

IR.MOHHIM-9905-1.0-D02