

نام آزمایشگاه ارجاع‌دهنده:

کد آزمایشگاه ارجاع‌دهنده:

نام متصدی ارجاع‌دهنده:

فرم ثبت مشخصات نمونه‌های پاتولوژی ارسالی به آزمایشگاه مرکزی کولایف

شماره صفحه: از

تاریخ ارسال: / /

ساعت ارسال: :

ردیف	شناسه	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	جنسیت	آزمایش‌های ارجاعی	نوع نمونه	توضیحات و اطلاعات بالینی	ضمائم (سونوگرافی، پاتولوژی قبلی،...)	اورژانسی
۱										<input type="checkbox"/>
۲										<input type="checkbox"/>
۳										<input type="checkbox"/>
۴										<input type="checkbox"/>
۵										<input type="checkbox"/>
۶										<input type="checkbox"/>
۷										<input type="checkbox"/>
۸										<input type="checkbox"/>
۹										<input type="checkbox"/>

مهر و امضاء آزمایشگاه ارجاع‌دهنده