|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نتیجه | کیفیت نمونه | تاریخ ارسال نمونه | تاریخ تهیه نمونه | آدرس وشماره تلفن بیمار | سن | نام ونام خانوادگی بیمار |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

فرم بیماریابی التور مرکزبهداشت شهرستان اقلید

نام مرکز تهیه کننده نمونه

مهرو امضا