فرم تعداد نمونه های ارسالی به آزمایشگاه تهران لب

نام مرکز ارسال کننده نمونه: نام و نام خانوادگی ارسال کننده نمونه: نحوه ارسال: تاریخ و ساعت ارسال:

نام شرکت حمل نمونه: نام و نام خانوادگی مامور حمل نمونه: تعداد کل نمونه: دمای ارسال:

N	شماره پذیرش نمونه	نام و نام خانوادگی بیمار	جنسیت		سن	نوع نمونه					حجم نمونه ارسالی	نوع تست	آیا مدارک لازم ضمیمه شده است
			مونث	مذکر		DNA	Blood	AF	Tissue	Other			
1			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐			☐
2			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐			☐
3			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐			☐
4			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐			☐
5			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐			☐
6			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐			☐
7			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐			☐
8			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐			☐

لطفا قبل از ارسال نمونه با مسئول دریافت نمونه ازمایشگاه تهران لب هماهنگی اولیه صورت گیرد.

مهر آزمایشگاه تهران لب
امضاء مسئول دریافت نمونه
تاریخ و ساعت دریافت
(پس از انطباق نمونه و فرم های مربوطه)

مهر آزمایشگاه ارسال کننده
امضاء مسئول ارسال نمونه