کد نمونه:	آزمایشگاه مرجع کشوری طاعون، تولارمی و تب کیو	
تاریخ:	**فرم پذیرش بیمار**	

این قسمت توسط پزشک/ بیمار یا تحویل دهنده نمونه بیمار تکمیل گردد.

۱.نام و نام خانوادگی بیمار: ..... ۲. سن: ..... ۳. جنس: ..... ۴. شغل: .....

۵. آدرس و شماره تماس: .....

۶. سابقه (تاریخچه) بیمار: .....

۷. زمان شروع علایم: .....۸. علایم بالینی بیمار: .....

.....

۹. دارو/آنتی بیوتیک های مصرف شده و زمان آن .....

۱۰. وضعیت فعلی بیمار: .....

۱۰: نوع آزمایش درخواستی را انتخاب نمایید (√) (خانه های خالی تست های قابل انجام می باشند):

	کشت	تشخیص مولکولی (Real Time PCR)	تست سریع آنتی بادی	تست سریع آنتی ژن	الایزا IgM	الایزا IgG	IFA IgG	IFA IgM	الایزا IgG فاز ۱	الایزا IgG فاز ۲	الایزا IgM فاز ۲
طاعون											
تولارمی											
تب کیو											

۱۱. نام پزشک و مرکز ارجاع دهنده (به همراه شماره تماس و فاکس جهت اعلام نتایج): .....

۱۲. آیا بیمار رضایت دارد که نمونه اخذ شده در صورت نیاز در کارهای تحقیقاتی مصرف شود؟ بلی ☐ خیر ☐

این قسمت توسط مسئول پذیرش تکمیل گردد.

۱.کد نمونه:

۲. تاریخ نمونه گیری: ..... ۳. تاریخ جواب دهی: ..... ۴.نوع نمونه: .....

۵. مرکز ارجاع دهنده: ..... ۶. نوع آزمایش: .....۷. شماره فیش پرداختی: .....

۸. شماره پیگیری: .....۹. توضیحات تکمیلی: .....

۱۰. نام و نام خانودگی مسئول پذیرش: ..... امضاء مسئول پذیرش: .....

این قسمت توسط سوپروایزر تکمیل گردد.

۱. آیا نمونه با شرایط و استاندارد های آزمایشگاه مطابقت دارد (در صورت غیر قابل قبول بودن به پذیرش جهت نمونه-گیری مجدد اعلام گردد)؟ بلی ☐ خیر ☐

۲. شرایط نگهداری و نحوه انتقال نمونه با دستورالعمل نحوه نگهداری و انتقال نمونه مطابقت دارد؟ بلی ☐ خیر ☐

۳. شرایط دریافت/ تحویل نمونه با دستورالعمل مورد نظر مطابقت دارد؟ بلی ☐ خیر ☐

۴. نمونه جهت آزمایش / عودت مجاز می باشد.

۵. نام و امضاء سوپروایزر: .....

تایید کنترل کیفی — امضاء رئیس آزمایشگاه/ جانشین:

21-LA-FO-001-00