

فرم ثبت مشخصات نمونه‌های ارجاعی قابل انجام در بخش ژنتیک  
به آزمایشگاه مرکزی کولایف

نام آزمایشگاه ارجاع‌دهنده:

کد آزمایشگاه ارجاع‌دهنده:

نام متصدی ارجاع‌دهنده:



ردیف	شناسه	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	جنسیت	آزمایش‌های ارجاعی	نوع نمونه	توضیحات و اطلاعات بالینی	اورژانسی
1									<input type="checkbox"/>
2									<input type="checkbox"/>
3									<input type="checkbox"/>
4									<input type="checkbox"/>
5									<input type="checkbox"/>
6									<input type="checkbox"/>
7									<input type="checkbox"/>
8									<input type="checkbox"/>
9									<input type="checkbox"/>
10									<input type="checkbox"/>

LA-FO-0438 / 00

مهر و امضاء آزمایشگاه ارجاع دهنده