

فرم ثبت اطلاعات همراه سوبه های ارسالی به آزمایشگاه مرجع سلامت

نام مرکز:	شهر:	استان:	دانشگاه علوم پزشکی:
نام و شماره تماس فرد ارسال کننده نمونه:			
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پذیرش در آزمایشگاه ارسال کننده سوبه:		
سن:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث		
ملیت:	تلفن تماس بیمار:		
محل سکونت:			
وضعیت بیمار در هنگام نمونه گیری:	<input type="checkbox"/> بستری	<input type="checkbox"/> سرپایی	
بخش بستری:			

تاریخ نمونه گیری از بیمار:	تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه مرجع سلامت:
----------------------------	--

نوع نمونه:
------------

نتیجه رنگ آمیزی گرم:
تست های تشخیصی باکتریولوژیک انجام شده:

تشخیص نهایی سوبه:
-------------------

نتایج آزمایش تعیین حساسیت ضد میکروبی:	
<b>Susceptible</b>	
<b>Intermediate</b>	
<b>Resistant</b>	
روش انجام آزمایش برای هر آنتی بیوتیک ذکر گردد.	

فرم ثبت اطلاعات همراه سوبه های ارسالی به آزمایشگاه مرجع سلامت

---

علائم بالینی بیمار:

سابقه مصرف آنتی بیوتیک:

Outcomes :  بهبود  فوت