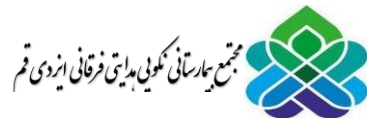




تاریخ :

شماره :

پیوست :



مجمع‌هایستانی کولبی برایتی فرقانی ایزدی قم

فرم تکمیلی اندازه گیری سطح دارویی

نام بیمار:	سن و جنس:
شماره پذیرش:	تاریخ و ساعت نمونه گیری:

نام بیماری:	اولین تشنج:
سابقه بستری:	آخرین تشنج:

نوع دارو:	نوع دارو:
دوز مصرفی:	دوز مصرفی:
تاریخ مصرف آخرین دوز:	تاریخ مصرف آخرین دوز:

نام و امضاء تکمیل کننده فرم :



تاریخ :

شماره :

پیوست :



مجمع‌هایستانی کولبی برایتی فرقانی ایزدی قم

فرم تکمیلی اندازه گیری سطح دارویی

نام بیمار:	سن و جنس:
شماره پذیرش:	تاریخ و ساعت نمونه گیری:

نام بیماری:	اولین تشنج:
سابقه بستری:	آخرین تشنج:

نوع دارو:	نوع دارو:
دوز مصرفی:	دوز مصرفی:
تاریخ مصرف آخرین دوز:	تاریخ مصرف آخرین دوز:

نام و امضاء تکمیل کننده فرم :