

فرم آزمایشات ارجاعی



مجتمع آموزشی
پژوهشی درمانی
خیرین سلامت

نام پدر:	شماره پرونده:	نام و نام خانوادگی بیمار:
شماره HIS:	بخش بستری:	سن بیمار:
آزمایشات درخواستی		
-5	-1	
-6	-2	
-7	-3	
-8	-4	

دستورالعمل ارسال درخواست آزمایشات ارجاعی:

۱. تمامی های ارجاعی در سیستم HIS با علامت ستاره دار مشخص شده است.
۲. تمامی تست های ارجاعی فقط از ساعت ۷/۳۰ صبح تا ۱۰ صبح در سیستم ثبت وبه آزمایشگاه ارسال گردد.
۳. تمامی تست های ارجاعی در سیستم HIS با شماره درخواست و نمونه جداگانه به آزمایشگاه ارسال گردد.
۴. تمامی تست های ارجاعی به همراه "فرم آزمایشات ارجاعی" با نمونه جداگانه و شماره جداگانه ارسال گردد.
۵. نتایج آزمایشات ارجاعی توسط آزمایشگاه در سیستم HIS ثبت وبه صورت مکتوب به بخش ارسال می گردد.

*** تذکر: ***

منظور از شماره درخواست جداگانه این است که پس از درخواست آزمایشات غیر ارجاعی (آزمایشات معمول وروتین) که در آزمایشگاه مرکز انجام می گیرد آزمایشات ارجاعی باید در یک درخواست جدید با شماره HIS جدید ثبت شوند.

مسئول آزمایشگاه بیمارستان

مهر امضاء

پرستار درخواست کننده:

مهر امضاء