



پرسشنامه آزمایش مولکولی بیماری های عفونی

نام بیمار: سن بیمار:	شماره پذیرش:	تاریخ پذیرش:
تاریخ و ساعت نمونه گیری:		نوع نمونه: شماره تماس:

علت درخواست آزمایش:	(جهت نمونه های بافتی) شماره بلوک:
سابقه احتمالی ابتلا (به چه نحو و چه تاریخی): اعتیاد ☐ دریافت خون ☐ رابطه جنسی ☐ سایر (ذکر شود)	

سابقه آزمایش های مرتبط (تاریخ ذکر شود):	
HBsAg HBsAb HBeAg HBeAb HBcAb-T HBcAb-M HBV PCR LFT	HCV Ab HCV PCR HCV Genotyping HIV Ab

سابقه درمان (تاریخ ، مدت و نوع داروی مصرفی ذکر شود): سابقه PCR قبلی: پزشک معالج:
--