

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:


Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ آنژیوگرافی فلئورسین

## FLOURESCCEIN ANGIOGRAPHY SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		
Address & Phone: آدرس و شماره تلفن:		Occupation: شغل:	Sex: جنس: F <input type="checkbox"/> مونث M <input type="checkbox"/> مذکر
Diagnosis: تشخیص:			
Family History: سوابق فامیلی:			
History of disease & operation: سابقه بیماری و عمل جراحی:			
General ophtalmologic examination: آزمایشات عمومی چشم پزشکی: please include, pertinent positive findings & opacities in media			
	OD	OS	
1. Cornea			
2. A/C			
3. Iris			
4. Lens			
5. Vitreous			
6. Best Corrected Vision			
Retinal examination: 1. Direct 2. Indirect 3. Contact Lens & Biomicroscope			
			
please Localize & lable the abnormality on the diagram: لطفا موارد غیرطبیعی را مشخص کنید:			
Angiographic Report: گزارش آنژیوگرافی:			
نام و امضاء آنژیوگراف: _____			