

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ درخواست پزشکی هسته ای
MEDICAL NUCLEOUS REQUEST SHEET

شماره پرونده: Unit No:

| | | | | | | | |
|---|--------------|-------|-------|--|-------------|--------------|---------------|
| 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: |
| Time : | ساعت: | Bed: | تخت: | | | | |
| If the patient have done scan in this hospital previously? yes <input type="checkbox"/> بله آیا قبلاً در این بیمارستان اسکن شده است؟ No <input type="checkbox"/> خیر | | | | | | | |
| شرح مختصر بیماری، معاینات و تشخیص بالینی brief history of disease, Examinations & clinical diagnosis | | | | نوع اسکن kind of scan | | | |
| | | | | Bone scan <input type="checkbox"/> اسکن استخوان | | | |
| | | | | Brain scan <input type="checkbox"/> اسکن مغز | | | |
| | | | | Liver & spleen scan <input type="checkbox"/> اسکن کبد و طحال | | | |
| | | | | Lung scan <input type="checkbox"/> اسکن ریه | | | |
| | | | | Pericardial scan <input type="checkbox"/> اسکن پریکارد | | | |
| | | | | Renal scan <input type="checkbox"/> اسکن کلیه | | | |
| | | | | Thyroid scan <input type="checkbox"/> اسکن تیروئید | | | |
| T.D scan <input type="checkbox"/> اسکن سه بعدی | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Report: گزارش: | | | | | | | |
| نام و امضاء پزشک: | | | | | | | |