

Code of Ab. Exam: کد آزمایشات: غیر طبیعی:		وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:			Unit Number: شماره پرونده:	
NO.: شماره:	Date: تاریخ:	Att. Physician: پزشک معالج:	Ward/Dept.	Age	Sex	Pt. Name: نام بیمار:
<input type="checkbox"/> Character & Color						
<input type="checkbox"/> Undigested food:						
<input type="checkbox"/> Occult Blood:						
<input type="checkbox"/> Ova & Parasites:						
<input type="checkbox"/> Protozoa Cyst:			<input type="checkbox"/> Trophozoite:			
<input type="checkbox"/> Others:						
Remarks:						ملاحظات:
Date Done: تاریخ انجام:		Director of Lab: رئیس آزمایشگاه:		Technician: مسئول آزمایش:		
		مدفوع STOOL				

طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۴۰۰ / ۲۵