

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:
		NORMAL			NORMAL	
<input type="checkbox"/> B.S <input type="checkbox"/> F. B. S <input type="checkbox"/> Bun <input type="checkbox"/> Creatinine <input type="checkbox"/> Uric acid <input type="checkbox"/> Cholesterol (total) <input type="checkbox"/> Triglycerides <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Phosphorus <input type="checkbox"/> Sodium <input type="checkbox"/> Potassium <input type="checkbox"/> Chloride			<input type="checkbox"/> CO2 <input type="checkbox"/> Protein, total <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> A/G / Ratio <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Bilirubin , total  <input type="checkbox"/> Bilirobi, direct <input type="checkbox"/> Serum Iron <input type="checkbox"/> Serum TIBC		0.5 1.2 mmol/L   mg %  mcg % mcg %	
Date Done: تاریخ انجام:		Director of Lab: رئیس آزمایشگاه:		Technician: مسئول آزمایش:		
		شیمی خون <b>BLOOD CHEMISTRY</b>				