

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:												
<div> <div> Wright : (Rapid test) <input type="checkbox"/> Wright : (Tube test) <input type="checkbox"/> Coombs Wright </div> <div> <input type="checkbox"/> V. D. R. L <input type="checkbox"/> CoombS; Indirect <input type="checkbox"/> Mono test <input type="checkbox"/> A. S. O. T <input type="checkbox"/> C. R. P <input type="checkbox"/> R. A (Latx) <input type="checkbox"/> Others </div> <div> <input type="checkbox"/> R. P. R Direct </div> </div> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Widal aggl.test O</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Typhi (D)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Para A</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Para B</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Para C</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> Widal aggl.test O	H	<input type="checkbox"/> Typhi (D)		<input type="checkbox"/> Para A		<input type="checkbox"/> Para B		<input type="checkbox"/> Para C			
<input type="checkbox"/> Widal aggl.test O	H																	
<input type="checkbox"/> Typhi (D)																		
<input type="checkbox"/> Para A																		
<input type="checkbox"/> Para B																		
<input type="checkbox"/> Para C																		
Remarks: ملاحظات:																		
Date Done: تاریخ انجام:		Director of Lab: رئیس آزمایشگاه:		Technician: مسئول آزمایش:														
		سرولوژی SEROLOGY																