

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 معاینه بوسیله ایزوتوپ رادیواکتیو  
RADIOACTIVE ISOTOPE EXAMINATION 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:                                  |                                           |                                                                                                                                   |                            |
| Date of Request: تاریخ درخواست:                                                            | Referring Hospital: بیمارستان معرف:        | Weight: وزن:                              | Sex: F <input type="checkbox"/><br>M <input type="checkbox"/> جنس: مونث <input type="checkbox"/><br>مذکر <input type="checkbox"/> |                            |
| Investigation Required: (Please indicate below) معاینه مورد نیاز: (لطفاً در ذیل مشخص کنید) |                                            |                                           |                                                                                                                                   |                            |
| <input type="checkbox"/> Views Needed                                                      | <input type="checkbox"/> Thyroid Uptake    | <input type="checkbox"/> Renal blood flow | <input type="checkbox"/>                                                                                                          |                            |
| <input type="checkbox"/> Blood Volume                                                      | <input type="checkbox"/> P.B.i.131         | <input type="checkbox"/> Schiling test    | <input type="checkbox"/>                                                                                                          |                            |
| <input type="checkbox"/> Splenic sequestration                                             | <input type="checkbox"/> Red cell survival |                                           |                                                                                                                                   |                            |
| Symptoms: علائم:                                                                           |                                            |                                           |                                                                                                                                   |                            |
| Diagnosis: تشخیص:                                                                          |                                            |                                           |                                                                                                                                   |                            |
| Drugs: داروها:                                                                             |                                            |                                           |                                                                                                                                   |                            |
| Remarks: ملاحظات:                                                                          |                                            |                                           |                                                                                                                                   |                            |
| 1- ۱-                                                                                      |                                            |                                           |                                                                                                                                   |                            |
| 2- ۲-                                                                                      |                                            |                                           |                                                                                                                                   |                            |
| Date: نام و امضاء پزشک:                                                                    |                                            | تاریخ:                                    |                                                                                                                                   |                            |