



شبکه آزمایشگاهی رصد

فرم ثبت اطلاعات مراجعه کنندگان جهت آزمایش IgM, IgG, qRT-PCR-COVID19 برای بیماران مشکوک به کرونا

نام بیمار	
کد ملی	
جنس	<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
سن	
قد	
وزن	
وضعیت تاهل	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل
تحصیلات	<input type="checkbox"/> بیسواد <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دکترا
تاریخ مراجعه	
شغل	
شماره تماس	
آدرس محل سکونت	
بیماری قبلی (سابقه بیماری)	
سابقه ابتلا به کووید ۱۹	تاریخ بستری: تاریخ ترخیص: بیمارستان محل بستری:
تست سرولوژی	<input type="checkbox"/> IgM COVID-19 <input type="checkbox"/> IgG COVID-19
در صورت باردار بودن این ردیف تکمیل شود	
آزمایشات (در صورت موجود بودن حتما پیوست گردد)	
سابقه مسافرت در سه ماه گذشته (شهر/کشور)	ایران/شهر: کشور خارجی: