

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:
Color		W.B.C		<input type="checkbox"/> Complete Urinalysis <input type="checkbox"/> Others		
Appearance		R.B.C				
Reaction		Ep.Cell				
Sp. Gravity		Cast (Hyaline)				
Albumin		Cast (granular)				
Sugar		Cast (Cell)				
<input type="checkbox"/> Keton		Crystals:				
<input type="checkbox"/> Blood		Mucus:				
<input type="checkbox"/> Bile		Bacteria:				
<input type="checkbox"/> Urobilinogen		Miscellaneous:				
Remarks: ملاحظات:						
Date Done: تاریخ انجام:		Director of Lab: رئیس آزمایشگاه:		Technician: مسئول آزمایش:		
		آزمایش ادرار Urinalysis				