

| | | | | | | |
|--|--------------|---|------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| 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: |
| <input type="checkbox"/> ABO Group: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Rh Factor (D) : | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Direct Coombs: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Indirect coombs: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Gentye: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cross match | | <input type="checkbox"/> Compatible | | <input type="checkbox"/> Incompatible | | |
| Remarks: | | | | | | ملاحظات: |
| Date Done: تاریخ انجام: | | Director of Lab: رئیس آزمایشگاه: | | Technician: مسئول آزمایش: | | |
| | | بانک خون Blood Bank and Immunohematology | | | | |