

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"/> Routin:		Volume:	ML.	Color:	Appearance:	
<input type="checkbox"/> Cellcount:		W.B.C	/ Cumm	R.B.C	/ Cumm	
<input type="checkbox"/> Differentia Count:		Neutrophil:	%	Lymphocyte:		
<input type="checkbox"/> total protein:		15-45 me%	Glucose	mg%	50-75 mg%	
<input type="checkbox"/> Chloride:		120-130 mEq/l				
<input type="checkbox"/> GramStain:						
<input type="checkbox"/> Acid Fast Stain:						
<input type="checkbox"/> Culture routin: Use Bactriology Form						
<input type="checkbox"/> Culture Tuberculosis Use Bactriology Form						
<input type="checkbox"/> VDRL				RPR:		
Remarks:						ملاحظات:
Date Done: تاریخ انجام:		Director of Lab: رئیس آزمایشگاه:		Technician: مسئول آزمایش:		
		آزمایش مایع نخاع C.S.F				