

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"/> SWEAT TEST: Cl: Na:						
<input type="checkbox"/> D. XYLOSE TEST:						
<input type="checkbox"/> G. T. T:						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> COMMENT:						
Remarks: ملاحظات:						
Date Done: تاریخ انجام:		Director of Lab: رئیس آزمایشگاه:		Technician: مسئول آزمایش:		
		آزمایشات اختصاصی SPICIAL TEST				