

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:
<p>آزمایش ادار از نظر آلکالوئیدهای تریاک و مشتقات آن با روش.....</p> <p>به عمل آمد و نتیجه آن می باشد.</p> <p>ارزش این آزمایش تا زمان عدم استفاده از مواد حاوی آلکالوئیدهای تریاک می باشد.</p> <p>برای تغییر نتایج آزمایش باید از تجویز فرآورده های حاوی آلکالوئیدهای تریاک اطلاع حاصل نمود.</p>						
Remarks: ملاحظات:						
Date Done: تاریخ انجام:		Director of Lab: رئیس آزمایشگاه:		Technician: مسئول آزمایش:		
		آزمایش اعتیاد Addition Test				