

نام مرکز ارسال کننده نمونه : نام مرکز تحویل گیرنده نمونه :

آزمایشگاه محترم ، به پیوست تعداد نمونه با مشخصات ذیل خدمتتان ارسال گشته است . خواهشمندم بلافاصله بعد از تحویل نمونه ها ، نسبت به کنترل و وضعیت رد و یا قبول آنها ، این آزمایشگاه را مطلع سازید.
خواهشمندم جهت تسریع در جوابدهی بیماران هرگونه ارتباط با شماره تلفن : و فاکس : با آقای / خانم صورت گیرد.

❖ ثبت تاریخ LMP برای بیمارانی که آزمایشات هورمونی دارند الزامی است .

❖ لطفاً حجم و کیفیت نمونه ها قبل از ارسال کنترل شده و متناسب با آزمایش درخواستی باشد . در غیر اینصورت نمونه کم یا بی کیفیت قابل پذیرش نخواهد بود .

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	جنسیت	شماره ارسالی	نوع نمونه	LMP	آزمایشات درخواستی	اطلاعات تکمیلی / تاریخچه بیمار
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								

توجه : در انتقال نمونه ها ، حفظ زنجیره سرد و رعایت نکات ایمنی الزامی است.

نام و نام خانوادگی کنترل کننده :

تاریخ و امضاء :