

فرم پیوستی کشت ادرار

(مسؤل محترم پذیرش حتما به پیوست فرم را در حین پذیرش تکمیل نماید)

۱- نام و نام خانوادگی بیمار:

۲- علایم بیمار:

الف) درد در ناحیه کلیه ☐ ب) سوزش ادرار ☐ ج) تکرر ادرار ☐ د) سایر علایم ذکر شود

۳- سابقه مصرف آنتی بیوتیک: بلی ☐ خیر ☐

نوع آنتی بیوتیک:

تاریخ اتمام مصرف:

۴- سابقه عفونت ادراری: بلی ☐ خیر ☐

نوع باکتری:

تاریخ عفونت:

۵- آیا نحوه نمونه گیری صحیح آموزش داده شد: بلی ☐ خیر ☐

۶- نام پذیرش کننده:

فرم پیوستی کشت زخم و مایعات بجز ادرار

(مسؤل محترم پذیرش حتما به پیوست فرم را در حین پذیرش تکمیل نماید)

۱- نام و نام خانوادگی بیمار:

۲- نوع نمونه: زخم ☐ پلور ☐ آسیت ☐ سینوویال ☐ CSF ☐ ترشحات گوش ☐ ترشحات چشم ☐ سایر ☐

۲- سابقه مصرف آنتی بیوتیک: بلی ☐ خیر ☐

نوع آنتی بیوتیک:

تاریخ اتمام مصرف:

۲- محل نمونه گیری:

۳- طول مدت زمان ابتلا به عفونت:

۴- نام پزشک و تلفن مطب:

۵- نسخه بیمار یا کپی در صورت امکان پیوست شد: بلی ☐ خیر ☐

۶- محل نمونه گیری:

۷- تاریخ نمونه گیری:

۸- مکان نگهداری نمونه: یخچال ☐ فریزر ☐ دمای اتاق ☐ در محیط نگهدارنده و مایع ☐

۷- نام پذیرش کننده: