



CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR REFERANS LABORATUVARI İSTEM FORMU

BİRİM/BÖLÜM

MRLBÜDB/ CYBHRL

I. HASTAYA AİT BİLGİLER

HASTANIN ADI SOYADI :	CİNSİYETİ :	DOĞUM TARİHİ :	T.C. KİMLİK NO:
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.../.../...
HASTANIN ADRESİ		E: K:	
HASTANIN MESLEĞİ			

II.LABORATUVARA GÖNDERİLMEK ÜZERE HASTADAN ALINAN ÖRNEKLER

a) Kan	<input type="checkbox"/>	c) İdrar	<input type="checkbox"/>	e)Servikal Akıntı	<input type="checkbox"/>
b) Serum	<input type="checkbox"/>	d) Üretral akıntı	<input type="checkbox"/>	c) Diğer	<input type="checkbox"/>

III.LABORATUVARA GÖNDERİLME NEDENİ / ÖN TANI

.....

V. İSTENEN ANALİZLER

.....

IV. GÖNDEREN HEKİME AİT BİLGİLER

GÖNDEREN HEKİMİN ADI SOYADI :	KURUMU / LABORATUVARI	TEL (İletişim için lütfen bir no veriniz):
.....

VI. NUMUNEYE AİT BİLGİLER

NUMUNE ALMA TARİHİ VE SAATİ:
NUMUNE GÖNDERME TARİHİ :
LABORATUVAR TARAFINDAN TESLİM ALINMA TARİHİ VE SAATİ:

Adres: Sağlık Mahallesi Adnan Saygun Caddesi No:55 06100 Sıhhiye / Ankara Tel:03125655458 Faks:03125655455