

آزمایشگاه رازی

تشخیص طبی، آسیب شناسی و ژنتیک

فرم نمونه گیری Cyclosporine

نام و نام خانوادگی :

سن و جنس :

شماره بیمار :

تاریخ :

پزشک معالج :

تاریخ و نوع پیوند :

ساعت آخرین دور مصرف :

ساعت خوردن قرص بعد از خونگیری :

ساعت خونگیری اول :

ساعت خونگیری دوم :

کد مدرک : ۴۶-۲-چ