**دانشگاه علوم پزشکی شیراز**

**شبکه بهداشت ودرمان شهرستان کازرون**

**امورآزمایشگاه های شبکه کازرون فرم ارجاع نمونه های طرح ملی دیابت آبان1402**

 **نمونه های خون از مرکز به آزمایشگاه مرکزی باقرالعلوم (ع) به تعداد تاریخ: مسئول ارسال کننده :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام ونام خانوادگی** | **کد ملی** | **نام پدر** | **تاریخ تولد****روز/ماه/ سال** | **شماره تماس** | **پزشک خانواده** | **جواب آزمایش FBS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**مسئول تحویل گیرنده :**