



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
HALK SAĞLIĞI  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

## 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"/> E: <input type="checkbox"/> K:	.../.../...	.....
HASTANIN ADRESİ .....			
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