|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HASTAYA AİT BİLGİLER** | | | |
| Adı - Soyadı |  | TC Kimlik No |  |
| Baba Adı |  | Yaş / Cinsiyet |  |
| Adres / Telefon |  | Meslek |  |
| **ŞİKAYETİ:** ……….gün önce başlamış **ÖN TANI:**  **SEYAHAT ÖYKÜSÜ** (son 15 gün içinde): 🞏 Var 🞏 Yok **KULLANILAN İLAÇLAR**  **Seyahat Varsa yer belirtiniz:**  **İMMÜNSUPRESİF DURUM**  **DİĞER:** Yok  Var  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İSTEM YAPAN HEKİM BİLGİSİ** | | |
| Hastane / Sağlık Merkezi Adı |  | İmza/ Kaşe |
| Doktor Adı-Soyadı |  |
| Telefon / Faks |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMUNE BİLGİSİ** | |
| **Numune Türünü aşağıda işaretleyin Numune Alma Tarihi / Saati:**………**/**……**/**202… - …..**:**….. | |
|  Dışkı  BOS  Aspirasyon sıvısı   EDTA’lı tüpte tam kan  Serum  Sürüntü örneği  Yayma preparat  Diğer…….. |  Biopsi mateyali (lokasyon bilgisi yazılmalıdır)   Lenf nodu  Dalak   Karaciğer  Yara dokusu   Diğer…………………… |
|  Ektoparazit incelemesi (Tıbbi önemli olan her türlü artropod gönderilebilir) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KURUM KODU** | **SUT KODU** | **TESTİN ADI (Not kısmına uygun doldurulmalıdır)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Numuneyi gönderen kurum/kişi bilgileri (telefon dahil):**