

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

### معاونت سلامت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی .....

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان / درمانگاه / مطب .....

فرم شماره ۱: فرم درخواست آزمایش پاتولوژی و سیتولوژی

الف / اطلاعات هویتی:	
	۱. شماره پرونده .....
۲. نام .....	۳. نام خانوادگی .....
۴. نام پدر .....	۵. جنسیت: ۱-مرد <input type="checkbox"/> ۲-زن <input type="checkbox"/> ۳-نامشخص <input type="checkbox"/>
۷. کشور محل تولد .....	۶. تاریخ تولد: ...../...../۱۳.....
۸. استان محل تولد .....	۹. شهرستان/شهر محل تولد .....
۱۰. شماره شناسنامه .....	۱۱. کد ملی .....
۱. بیمه شده: ۱-بلی <input type="checkbox"/> ۲-خیر <input type="checkbox"/>	۱۲. کد پستی ۱۰ رقمی .....
۱. ملیت: ۱-ایرانی <input type="checkbox"/> ۲-غیرایرانی <input type="checkbox"/> ۳-نامشخص <input type="checkbox"/>	۱۴. نوع بیمه .....
۱۵. شماره بیمه .....	۱۶. ملیت: ۱-ایرانی <input type="checkbox"/> ۲-غیرایرانی <input type="checkbox"/> ۳-نامشخص <input type="checkbox"/>
۱-بازنشسته <input type="checkbox"/> ۲-پزشک <input type="checkbox"/> ۳-خانه دار <input type="checkbox"/> ۴-رادیولوژیست <input type="checkbox"/> ۵-راننده <input type="checkbox"/> ۶-رفتگر <input type="checkbox"/> ۷-صیاد ماهی <input type="checkbox"/> ۸-قالیباف <input type="checkbox"/> ۹-کارگر <input type="checkbox"/>	۱۷. شغل: .....
۱۰-کارگر ساختمانی <input type="checkbox"/> ۱۱-کارگر صنعتی <input type="checkbox"/> ۱۲-کارگر معدنی <input type="checkbox"/> ۱۳-کارمند <input type="checkbox"/> ۱۴-کاسب <input type="checkbox"/> ۱۵-کشاورز <input type="checkbox"/> ۱۶-معلم <input type="checkbox"/>	۱۷-مهندس <input type="checkbox"/> ۱۸-نجار <input type="checkbox"/> ۱۹-نقاش ساختمانی <input type="checkbox"/> ۲۰-سایر <input type="checkbox"/>
۱-مجرد <input type="checkbox"/> ۲-متاهل <input type="checkbox"/> ۳-مطلقه <input type="checkbox"/> ۴-همسر مرده <input type="checkbox"/> ۵-نامشخص <input type="checkbox"/>	۱۸. وضعیت تاهل: .....
۱۹. کد ملی سرپرست خانوار: .....	
۲۰. آدرس محل سکونت دائم:	
۱-استان .....	۲-شهرستان/شهر .....
۳-روستا .....	۴-خیابان .....
۵-کوچه .....	۶-پلاک .....
۷-مدت سکونت: ماه.....سال.....	۸-مدت سکونت: ماه.....سال.....
۲۱. تلفن .....	۲۲. تلفن بستگان .....
۲۳. تاریخ تکمیل فرم: ...../...../۱۳.....	۲۴. نام تکمیل کننده فرم و امضا:
ب / اطلاعات بالینی:	
25. Chief complain: .....	26. Duration of complain: ..... month/year
27. Location: .....	
28. History of cancer: 1.Yes <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Unknown <input type="checkbox"/>	
29. If yes: type of cancer: .....	
30. History of metastasis: 1.Yes <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Unknown <input type="checkbox"/>	
31. If yes: location of metastasis: .....	
Type of paraclinic examination: .....	
Clinical diagnosis: .....	
Paraclinic diagnosis: .....	
<b>نام پزشک :</b>	<b>مهر و امضاء پزشک:</b>

۱. برابر قانون مصوب ۱۳۶۳/۷/۱۷ مجلس شورای اسلامی، هر یک از پزشکان و موسسات درمانی اعم از دولتی و غیردولتی، مکلفند هر بافت و نمونه ای که به هر عنوان از بدن انسان زنده نمونه برداری می شود مورد آزمایش قرار داده و گزارش دهند.
۲. برابر بخش نامه شماره ۵۰۷۶۱/ب/س مورخ ۱۳۸۵/۴/۱۸ معاونت محترم سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولیت تکمیل اطلاعات هویتی در مراکز بیمارستانی بر عهده منشی اطلاق عمل و در درمانگاه ها، کلینیک ها و مطب ها بر عهده پزشک معالج است.