**دانشگاه علوم پزشکی .......- معاونت بهداشتی**

**( آزمایشگاه مرجع )**

 فرم بازبینی لام مالاریا ، ارسال شده در سه ماه .............. سال .............. .

 نام شهرستان : نام آزمایشگاه : تاریخ ارسال :

 مجموع تعداد لام پیوست : نام و نام خانوادگی ، امضاء :

 تاریخ ورود به آزمایشگاه :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | شماره لام | نام بیمار | ملیت | تاریخ تهیه | تهیه کننده | کیفیت **گسترش ضخیم** | کیفیت گسترش نازک | تمیزی لام | نتیجه بازبینی |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

توضیحات : بازدید کننده :