



فرم درخواست انجام PAD توسط پزشک معالج

نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار :	نام پدر:
کد ملی:	سن:	جنس :
گروه خون (ABO-Rh) :	میزان Hb :	وزن :
سابقه ی بیماری قبلی:		
فواصل خونگیری توصیه شده با توجه به وضعیت و تاریخچه بیمار:		
نوع عمل جراحی :	تاریخ جراحی / مصرف:	
تعداد واحد خون مورد نیاز:	نوع فرآورده درخواست شده :	
نام بیمارستان/بخش بیمارستان :	شماره تماس بیمارستان :	
نام پزشک درخواست کننده :	شماره تماس پزشک در خواست کننده:	
مهر و امضاء پزشک درخواست کننده:		

مدت زمان نگهداری فرم	ترتیب صفحات
۵ سال	۱ از ۱