

طلب تحاليل مخبرية

ضع علامة على المطلوب، واكتب ما لا تجده في السطور الحرة.

اسم المريض رقم الملف تاريخ الميلاد
الهاتف التاريخ الطبيب
ملاحظات سريرية التشخيص المبدئي

أمراض الدم

صورة دم كاملة CBC ☐ سرعة الترسيب ESR ☐ فصيلة الدم ☐ زمن التجلط PT/INR ☐
PTT ☐ مخزون الحديد Ferritin ☐ الحديد وسعة الارتباط ☐ عدّ الشبكيات ☐

الكيمياء الحيوية

سكر صائم ☐ السكر التراكمي HbA1c ☐ دهون الدم ☐ وظائف الكلى ☐
وظائف الكبد ☐ الأملاح ☐ حمض اليوريك ☐ الكالسيوم ☐

الهرمونات

TSH ☐ Free T4 ☐ البرولاكتين ☐ FSH / LH ☐
التستوستيرون ☐ هرمون الحمل β -hCG ☐ الكورتيزول ☐ الإنسولين ☐

الفيتامينات والمعادن

فيتامين د ☐ فيتامين B12 ☐ حمض الفوليك ☐ المغنيسيوم ☐
الزنك ☐ الفوسفور ☐

العدوى والمناعة

CRP ☐ التهاب الكبد B ☐ التهاب الكبد C ☐ HIV ☐
جراثمة المعدة ☐ مسحة حلق ☐ مزرعة دم ☐ عامل الروماتويد RF ☐

البول والبراز

تحليل بول كامل ☐ مزرعة بول ☐ اختبار حمل في البول ☐ تحليل براز ☐

أخرى

الصيام مطلوب ☐ نعم ☐ لا ☐سُحبت العينة في العيادة ☐ نعم ☐ لا ☐الأولوية ☐ عادي ☐ خلال أيام ☐ عاجل ☐إرسال النتائج إلى ☐ واتساب المريض ☐ البريد الإلكتروني ☐ العيادة ☐

التاريخ والوقت

الختم

اسم الطبيب وتوقيعه

طلب أشعة

نوع الفحص، والمنطقة، والسؤال الذي تريد إجابته.

اسم المريض رقم الملف تاريخ الميلاد
الهاتف التاريخ الطبيب

الفحص المطلوب

☐ أشعة سينية ☐ موجات فوق صوتية ☐ أشعة مقطعية CT
☐ رنين مغناطيسي MRI ☐ ماموجرام ☐ قياس كثافة العظام DEXA

المنطقة المناظر المطلوبة

الجهة ☐ يمين ☐ يسار ☐ الجهتان ☐ لا ينطبق
الصبغة ☐ بدون ☐ مع صبغة ☐ حسب رأي أخصائي الأشعة

قبل الفحص

احتمال الحمل ☐ لا ☐ نعم ☐ غير مؤكد ☐ لا ينطبق

تاريخ آخر دورة حساسية من الصبغة
وظائف الكلى (إن طُلبت صبغة) منظم ضربات أو معادن في الجسم

السؤال السريري

ماذا تريد أن تعرف من هذا الفحص؟ السؤال الواضح يعطي تقريرًا أوضح.

.....
.....
.....
التشخيص المبدئي

صور سابقة

النوع التاريخ
المكان مرفقة

الأولية ☐ عادي ☐ خلال أيام ☐ عاجل
إرسال النتائج إلى ☐ واتساب المريض ☐ البريد الإلكتروني ☐ العيادة

اسم الطبيب وتوقيعه الختم التاريخ والوقت

في ميديكولايز يُحفظ هذا المستند على ملف المريض: medicolize.com