



ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:	
ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΟ :	
ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ:	

Αρ. Μητρ. Ασθ: 

ΕΠΕΙΓΟΝ : ΝΑΙ ΟΧΙ

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Επώνυμο:		Όνομα:				
Πατρώνυμο:		Ηλικία:		Φύλο:	A	Γ

**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Πιθανή Διάγνωση:					
Μετάγγιση τις 2 τελευταίες εβδομάδες:	ΝΑΙ:	ΟΧΙ:	Εγκυμοσύνη:	ΝΑΙ:	ΟΧΙ:
Φάρμακα:					

**ΔΕΙΓΜΑ**

Ορός	<input type="checkbox"/>	Πλάσμα	<input type="checkbox"/>	Ολικό αίμα	<input type="checkbox"/>	Ούρα	<input type="checkbox"/>	Άλλο .....	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	--------	--------------------------	------------	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------

**ΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Αιματολογικές εξετάσεις							
Βιοχημικές εξετάσεις							
Μικροβιολογικές εξετάσεις							

**ΕΓΚΡΙΣΗ**

Ο υπεύθυνος για τη χρέωση

Ημερομηνία:

Ο Ιατρός

Τηλ. επικοινωνίας

Σφραγίδα και Υπογραφή  
Σφραγίδα και Υπογραφή

Σφραγίδα και Υπογραφή