

برگه دریافت سابقه و شرح حال Ab Screening و Coombs Test

تاریخ پذیرش :

شماره پذیرش :

نام بیمار :

سن :

گروه خون بیمار :

گروه خون همسر بیمار:

وجود سابقه (تاریخ و دفعات در کادر پایین ذکر شود)

سقط جنین پیوند مغز استخوان پیوند کلیه تزریق خون

سرطان خون (تزریق روگام بارداری

تزریق فرآورده های خونی

مصرف دارو

جواب قبلی از آزمایش Ab Screening و Coombs تاریخ انجام آن

نام و امضا :