فرم بازبینی لام وکنترل کیفی آزمایشگاه سل

فرم ارسال لام گسترده خلط انجام شده در ماه ..... سال ..... جهت بازبینی و کنترل کیفی

نام شهرستان : ..... **تاریخ ارسال : .....**

مجموع تعداد لام پیوست : .....

نام آزمایش کننده : ..... **مهرو امضاء : .....**

شهرستان					مرکز بازبینی کننده									
ردیف	شماره لام	نام بیمار	تاریخ آزمایش	نتیجه آزمایش	نتیجه بازبینی	رنگ آمیزی		تمیزی لام		ضخامت		اندازه		
						بد	خوب	بد	خوب	بد	خوب	بد	خوب	

***) درصورت عدم درج یکی از اطلاعات مندرج ، این برگ فاقد اعتبار می باشد .**

توضیحات :

بازبینی کننده .....

تاریخ، مهر و امضاء