



فرم معرفی نامه

شماره سند: FM-LF-11/02

تاریخ: / / ۱۴

صفحه: ۱ از ۱

مدیریت محترم مرکز پزشکی

با سلام،

احتراما، بدین وسیله نامبرده با مشخصات ذیل برای استفاده از خدمات سرپائی آن مرکز پزشکی به منظور ارزیابی وضعیت سلامت معرفی می‌گردد. خواهشمند است نسبت به کنترل مشخصات مندرج در این معرف نامه با کارت شناسایی معتبر شخص مراجعه کننده اقدام نمایید. معرفی نامه که مخدوش و یا دارای قلم خوردگی و لاک گرفتگی باشد از درجه اعتبار ساقط خواهد بود.

تاریخ تولد:

کدملی:

نام پدر:

نام و نام خانوادگی:

شرح خدمات درمانی / تشخیصی:

☐ الف) معاینه پزشکی (معاینه بالینی عمومی شامل قد و وزن، فشارخون و تکمیل نمودن فرم معاینه پیوست)

☐ ب) نوار قلب (ECG)

☐ برای بانوان : سونوگرافی سینه ها و نواحی آگزیلاری / برای آقایان : پروستات (PSA)

☐ سونوگرافی کامل شکم و لگن برای خانم ها و آقایان

انجام آزمایش های پاراکلینیکی شامل (CBC,DIFF,ESR, CRP ,CR, ALT,AST , Cholesterol(HDL) , TSH ,Uric Acid, CRP, ,Triglyceride, ,HgA1c,U/A,

افراد بالای ۵۰ سال ویژه خانم ها CA-125

افراد بالای ۵۰ سال ویژه آقایان (CEA)

بیمه شونده محترم: خواهشمند است حداکثر در مدت پانزده روز همراه مدارک شناسایی موارد خواسته شده را انجام دهید.

واحد صدور معرفی نامه