فرم بازبینی و کنترل کیفی لام مالاریا

فرم ارسال لام مالاریا در ماه ..... سال ..... جهت بازبینی و کنترل کیفی

نام شهرستان- آزمایشگاه(بیمارستان – بخش خصوصی) : ..... **تاریخ ارسال : .....**

مجموع تعداد لام پیوست : ..... **مهر و امضای مسئول فنی آزمایشگاه ارسال کننده لام :**

نام آزمایش کننده : .....

نتایج بررسی توسط میکروسکوپیست شهرستان ❊								نتایج بررسی مجدد توسط میکروسکوپیست رفرانس استان									
ردیف	شماره لام	نام بیمار	تاریخ آزمایش	نتیجه آزمایش	کیفیت لام		علت نامطلوب قید شود	کیفیت لام		رنگ آمیزی		گستره نازک		گستره ضخیم		نتیجه بازبینی
					مطلوب	نامطلوب		مطلوب	نامطلوب	مطلوب	نامطلوب	مطلوب	نامطلوب	مطلوب	نامطلوب	

در صورت عدم درج یکی از اطلاعات مندرج ، این برگ فاقد اعتبار می باشد.

❊ لام های ارسالی باید شامل لام های مطلوب و نامطلوب باشد

توضیحات :

تاریخ تحویل لام به مرکز بهداشت استان (کارشناس آزمایشگاه مرکز بهداشت استان)..... **بازبینی کننده .....**

تاریخ بررسی مجدد لام توسط آزمایشگاه رفرانس مالاریا ..... **تاریخ ، مهر و امضاء آزمایشگاه مرجع مالاریای استان**

آدرس : خیابان ثقه الاسلام شمالی – منبع آب - معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (مرکز بهداشت استان)