مدیریت درمان استان اصفهان

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:.....

برگه آزمایشات

نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	پزشک معالج :	شماره پرونده :

تاریخ / نوع آزمایش							
FBS							
2HPP							
5PM							
HbA1C							
ChoL							
TG							
HDL							
Non HDL							
LDL							
BUN							
Cr							
ACR							
GFR							
AST							
ALT							
Uric Acid							
Na							
K							
Ca							
Alb							
CBC	WBC						
	Hb						
	Hct						
	PLT						
	توضیحات						
U/A	GLU						
	Prot						
	Keton						
	SG						
U/A 24h	V						
	Cr						
	Prot						
TSH							
Vit D							

مدیریت درمان استان اصفهان

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:.....

برگه آزمایشات

تاریخ / نوع آزمایش								
FBS								
2HPP								
5PM								
HbA1C								
ChoL								
TG								
HDL								
Non HDL								
LDL								
BUN								
Cr								
ACR								
GFR								
AST								
ALT								
Uric Acid								
Na								
K								
Ca								
Alb								
WBC	CBC							
Hb								
Hct								
PLT								
توضیحات								
GLU	U/A							
Prot								
Keton								
SG								
V	U/A 24h							
Cr								
Prot								
TSH								
Vit D								