

Bộ Y tế/ Sở Y tế:
BV:

PHIẾU XÉT NGHIỆM

Mã QR (nếu có)
MS: CD-008
Số vào viện:
Mã người bệnh:.....

MỨC CHẤT LƯỢNG....

Thường Khẩn Tối khẩn Theo yêu cầu BHYT.....
Họ tên người bệnh: Năm sinh: Giới tính: Nam Nữ
Địa chỉ: ...Phường/xã Quận/huyện: Tỉnh: Điện thoại: Email:
Khoa chỉ định: Phòng:.....Giường:.....
Chẩn đoán:.....
Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng, quá trình điều trị (nếu cần)
Lưu ý đặc biệt:.....

Nội dung chỉ định	
1.	

GiờNgày tháng năm 20.....

Bác sĩ chỉ định

Họ tên:
Khoa thực hiện:..... Người lấy mẫu:..... Mã mẫu
Thời gian lấy mẫu:...giờ.....ngày...../...../..... Loại mẫu:.....
Tình trạng người bệnh khi lấy mẫu (nếu có bất thường):
Tiêu chuẩn mẫu bệnh phẩm: Đạt yêu cầu Không đạt, Lý do từ chối mẫu:
Người giao mẫuKhoa nhận mẫu:Người nhận mẫu:.....
Thời gian nhận mẫu:...giờ.....ngày...../...../.....
Thời gian hẹn trả kết quả:.....giờ.....ngày...../...../.....
Hình thức trả kết quả: Trực tiếp tại..... Trực tuyến
Họ tên người xét nghiệm: giờ ngày tháng năm 20...
Họ tên người xem xét kết quả xét nghiệm: giờ ngày tháng năm 20...

Kết quả xét nghiệm

TT	Tên xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Giá trị tham chiếu	Giá trị báo động	Máy xét nghiệm/ Quy trình kỹ thuật
1						

2						
---	--	--	--	--	--	--

Diễn giải/xem xét/cảnh báo/đề nghị (nếu có):

Hình ảnh đính kèm (nếu có):

Giờ Ngày tháng năm 20....
Bác sĩ lâm sàng đọc kết quả

Giờ Ngày tháng năm 20....
Người phê duyệt kết quả

Họ tên:

Họ tên: