

Bộ Y tế/ Sở Y tế:
BV:

PHIẾU XÉT NGHIỆM
(cần mô tả kết quả)

Mã QR (nếu có)
MS: CD-009
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.....

Thiết bị thực hiện/ Quy trình kỹ thuật:

Họ tên người xem xét kết quả xét nghiệm: giờ ngày tháng năm 20...

Kết quả

Mô tả:.....

.....

.....
.....
Kết luận:.....

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

Họ tên:

Giờ Ngày tháng năm 20....

Người phê duyệt kết quả

Họ tên: