



عنوان سند:  
فرم آزمایش فلزات سنگین

شماره سند: AL-RR-LA-FO-17  
وبرایش: 00  
تاریخ صدور: 1401/07/04

نام و نام خانوادگی: نام پزشک:	سن: ارسالی از:	شغل:	تاریخ پذیرش:
فلز مورد درخواست:		مدت زمان مصرف:	
مسمومیت و علائم بالینی:			
<input type="checkbox"/> ضعف عمومی	<input type="checkbox"/> خستگی مدام	<input type="checkbox"/> تحریک پذیری	<input type="checkbox"/> ناآرامی
<input type="checkbox"/> اضطراب و توهم	<input type="checkbox"/> لرزش و توهم	<input type="checkbox"/> قولنج درد شکم عضلانی	<input type="checkbox"/> گرفتگی و انقباض عضلانی
<input type="checkbox"/> درد مفصلی و استخوان			
شرایط زندگی و امکان آلودگی:			
<input type="checkbox"/> خانه قدیمی با نقاشی کهنه	<input type="checkbox"/> کنار بزرگراه و محل پر ترافیک	<input type="checkbox"/> تماس با افراد آلوده به سرب	
نوع و شرایط تغذیه:			
<input type="checkbox"/> آب چاه	<input type="checkbox"/> کنسروجات	<input type="checkbox"/> تغذیه در ظروف پلاستیکی	<input type="checkbox"/> خاک خوری
آدرس و تلفن:			
دستورالعمل ثبت فلزات سنگین:			
<ul style="list-style-type: none"><li>• تاریخ مراجعه، نام بیمار، سن، شغل و نام پزشک قید شود.</li><li>• ارسالی از: نام آزمایشگاه ارسال کننده همراه با شهر نوشته شود.</li><li>• فلز مورد درخواست جهت آزمایش را ذکر کنید.</li><li>• علائم بالینی را با زدن علامت در مقابل گزینه صحیح مشخص کنید.</li><li>• علائمی که به خاطر آن به پزشک مراجعه شده را در قسمت علت درخواست آزمایش ذکر شود.</li><li>• گزینه مناسب را با توجه به شرایط زندگی و محیط زندگی او علامت بزنید.</li><li>• گزینه مناسب را با توجه به نوع و شرایط تغذیه بیمار، علامت بزنید.</li><li>• آدرس و تلفن بیمار نوشته شود. (در ارتباط با پذیرش های داخلی)</li></ul>			
• همکار محترم از نمونه گیری در روزهای قبل تعطیلی خودداری نمایید (نمونه گیری بیمار در روز ارسالی انجام شود)			