


RR-F- 17	کد مدرک :	آزمایشگاه پاتوبیولوژی آراد	
00	شماره ویرایش :	فرم پذیرش ارزیابی سطوح	
1402/0128	تاریخ صدور:	CD20 و CD19	

	نام و نام خانوادگی:
	پزشک معالج:
	<p>آیا سابقه ی تشخیص بیماری های خودایمنی (MS و...) را داشته اید؟ (در صورت وجود سابقه، نام بیماری و تاریخ تشخیص را ذکر کنید).</p>
	<p>آیا سابقه ی تزریق داروهای خود ایمنی را داشته اید؟ (زیتاکس، ریتوکسی مب، زاکرل)</p>
	تعداد دفعات تزریق
	آخرین تاریخ تزریق