|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات فردی بیمار بخش ایمونوهماتولوژی:** | |
| **نام:** | **نام خانوادگی:** |
| **جنس: زن□ مرد□** | **کد ملی(الزامی):** |
| **تاریخ تولد:** | **محل تولد:** |
| **محل سکونت:** | **تلفن:** |

|  |
| --- |
| **سابقه پزشکی:** |
| **سابقه تزریق خون: بله□ خیر□ تاریخ اولین تزریق: تاریخ آخرین تزریق:**  **مکان تزریق/ بیمارستان:** |
| **سابقه بیماری: بله□ خیر□ توضیح: نام پزشک:**  **آیا طحال برداری شده اید؟ خیر□ بله□ تاریخ طحال برداری:** |
| **سابقه بارداری: بله□ خیر□ تعداد بارداری: تعداد فرزند:** |
| **سابقه سقط: بله□ خیر□ توضیح:** |
| **در حال حاضر باردار هستید؟ بله□ خیر□ چند ماهگی بارداری : نام پزشک زنان و زایمان:** |
| **آیا تزریق آمپول رگام داشته اید؟ بله□ خیر□ تاریخ تزریق:** |
| **سابقه مصرف دارو: بله□ خیر□ توضیح:** |