|  |
| --- |
| **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:**  |