

T E S T İ S T E M F O R M U

Gönderen

Kurum / Doktor Adı :

Adresi :

Telefon No :

...../...../.....

Sıra No	Hastanın Adı Soyadı TC Kimlik No / Barkod No	Doğum Tarihi	Cinsiyeti E / K	Örnek Türü	Örneğin Alındığı Tarih ve Saat	İstenilen Tetkikler	Açıklamalar (Tanı, kullanılan ilaçlar, örnek ile ilgili preanalitik bilgiler)

Örnekleri Teslim Eden

Kurum Yetkilisi :

Tarih / Saat :

Örnekleri Teslim Alan

ENA Laboratuvar Görevlisi :

Tarih / Saat :

Örneklerin Laboratuvara Teslim Edildiği

Tarih / Saat :