شماره سند: FR-04-0199-00 **بازنگری:** **تاریخ:**	**B Associated Disorders** **HLA Typing**

Molecular Method

نام و نام خانودگی: ..... وزن: ..... شماره پذیرش:..... سن:.....

جنسیت: مرد ◯ زن ◯ علت درخواست تست: .....

سابقه بیماری: ..... سابقه تزریق خون:...../...../..... داروی مصرفی:.....

علائم بیماری:..... سابقه سقط و بارداری (تعداد):.....

آدرس:.. .....

شماره تلفن همراه:.....

اینجانب ..... مشخصات فوق را تائید می کنم.

امضا و تاریخ اثر انگشت