

	پرسشنامه آزمایش Adalimumab, Inflixmab drug level blood	کد سند : P-20-F-17
		شماره بازنگری : 01
		محدوده توزیع : پذیرش

مشخصات مراجعه کننده نام : نام خانوادگی : کد ملی : نام پدر : سن : جنسیت: مرد ☐ زن ☐ شماره تماس :
داروی تزریقی: ☐ Adalimumab ☐ Inflixmab ☐ Anti Adalimumab تاریخ نمونه گیری در آزمایشگاه : / / تاریخ آخرین تزریق: / / فاصله تزریق: تاریخ تزریق بعدی:/...../..... دز مصرفی دارو:
آیا داروی تزریقی به شما پاسخ داده است یا خیر؟
آیا در مدت اخیر تغییر در فاصله یا مقدار تزریقی ایجاد شده است؟ در صورت جواب مثبت تغییرات از چه زمانی و به چه صورتی بوده است؟
توجه: حداکثر ۲ روز قبل از تزریق دارو نمونه گیری انجام شود.

	پرسشنامه آزمایش Adalimumab, Inflixmab drug level blood	کد سند : P-20-F-17
		شماره بازنگری : 01
		محدوده توزیع : پذیرش

امضا