

دستورالعمل گزارشدهی

- 1- اطلاعات موجود در سربرگ گزارشدهی باید شامل موارد زیر باشد:
نام و نام خانوادگی بیمار - سن - جنس - نام پدر - شماره پذیرش - تاریخ پذیرش - تاریخ
گزارشدهی - پزشک ارجاع دهنده
- 2- کلیه برگه های گزارش نتایج باید قبل از تحویل به بیمار بازبینی و امضاء گردند .
- 3- یک نسخه از گزارش بیمار باید حداقل به مدت یک سال در بایگانی آزمایشگاه نگهداری شود ،
این مورد شامل هر دو گروه نمونه های ارسالی و نمونه های گرفته شده در آزمایشگاه می گردد .
- 4- برای کلیه پارامترهای اندازه گیری شده در آزمایشگاه ، محدوده مرجع کیت مورد استفاده باید در
برگه گزارش درج گردد.
- 5- هر گونه اشکال در نمونه مانند همولیز، لیپمیک یا ایکتریک بودن آن که ممکن است روی نحوه
تفسیر نتایج حاصله تاثیر بگذارد ، باید در برگه گزارش قید شود.