

آزمایشگاه تشخیص طبی بصیر

نام بیمار : تاریخ :/...../.....

آزمایشگاه محترم، تست های علامت زده شده زیر

- HLA typing (A,B,DR,DQ) PRA Luminex Single Antigen I Luminex
 Single Antigen II Luminex FCXM

و همچنین آزمایش های زیر برای بیمار انجام شود.

لطفا تاریخ آخرین دوره مصرف و دوز مصرف دارو های زیر در صورت استفاده نوشته شود.

	نام دارو	آخرین دوره مصرف	آخرین دوز مصرف
<input type="checkbox"/>	Rituximab/...../.....	
<input type="checkbox"/>	IVIg/...../.....	
<input type="checkbox"/>	ATG/...../.....	
<input type="checkbox"/>	Steroids/...../.....	