



Test talep Formu

Laboratuvar Kalite Yönetim Sistemi

FRM.XX / Tarih

### 1. HASTA BİLGİLERİ

- Ad, Soyad: \_\_\_\_\_
- T.C. Kimlik Numarası: \_\_\_\_\_
- Doğum Tarihi: \_\_\_\_\_
- Cinsiyet: \_\_\_\_\_
- Telefon (GSM/Ev): \_\_\_\_\_
- E-posta: \_\_\_\_\_

### 2. SİGORTA BİLGİLERİ

- Sigorta Türü: \_\_\_\_\_
- Sigortalının İmzası: \_\_\_\_\_

### 3. NUMUNE BİLGİLERİ

- Örnek Tipi: \_\_\_\_\_
- Örneğin Alınış Tarihi/Saati: \_\_\_\_\_
- Laboratuvara Teslim Tarihi/Saati: \_\_\_\_\_

### 4. HASTANIN ŞİKAYETİ VE ÖN TANI

- Şikayet ve Başlangıç Tarihi / Ön Tanı: \_\_\_\_\_

### 5. TALEP EDİLEN TESTLER

- Biyokimya
  - Hemogloblin A1c

- Glukoz
  - Kreatinin
  - Total Kolesterol
  - LDL Kolesterol
  - Trigliserid
  - SGOT (AST)
  - SGPT (ALT)
  - GGT
- **Hormon Testleri**
  - Serbest T3
  - Serbest T4
  - TSH
  - Estradiol (E2)
  - FSH
  - Prolaktin (PRL)
- **Hematoloji**
  - Tam Kan Sayımı
  - Periferik Yayma
  - Sedimentasyon
- **Tümör Belirteçleri**
  - AFP (Alfa-fetoprotein)
  - CA 125
  - CEA
- **Mikrobiyoloji**
  - Tam İdrar Analizi
  - Dışkıda Gizli Kan
  - Boğaz Kültürü
- **Radyoloji**
  - MR
  - BT
  - Ultrasonografi

---

## 6. DOKTOR BİLGİLERİ

- Gönderen Doktor Ad Soyad: \_\_\_\_\_
- Kaşe - İmza: \_\_\_\_\_

---

## 7. ONAY

- Protokol No: \_\_\_\_\_
- Tarih: \_\_\_\_\_