وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ درخواست سی تی اسکن
CT SCAN REQUEST SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

Dt. Of Done: تاریخ انجام:	Dt. Of Req.: تاریخ درخواست:	Occupation: شغل:	Sex: Male ☐ مذکر Female ☐ مونث
Notes: توضیحات:		Diagnosis: تشخیص :	

EXAMINATION: آزمایشات:

Brain ☐ +Contrast
☐ - contrast

Orbit ☐ +Contrast
☐ - contrast

Coronal V. ☐ +Contrast
☐ - contrast

I.A.C ☐ +contrast
☐ - contrast
☐ Plain
☐ Air-Meato

Spine ☐ Space . .
☐ Body
☐ Myelo ..

Thorax ☐ +contrast
☐ - contrast
☐ Neck
☐ Dynamit
☐ + cisternoct
☐ Abdomen
☐ Pelvic
☐ 3 Dimention
☐ Nasopharynx
☐ Extremities
☐

History & clinical sign: سابقه و علایم بالینی بیمار:

Instrument & drug used: لوازم و داروهای مصرفی:

	+	−		+	−
1-syringe	☐	☐	6- anesthesia	☐	☐
2- scalp vein set	☐	☐	7-	☐	☐
3- injection solution	☐	☐	8-	☐	☐
4- gastrograin	☐	☐	9-	☐	☐
5- hydrocortison	☐	☐	10-	☐	☐

Picture divided on films: تقسیمات تصاویر روی فیلم:

Technician: نام تکنسین:

Manager: نام مدیر:

Number of Film(s): تعداد فیلم یا فیلمهای مصرف شده:

Rece نام و امضاء تحویل گیرنده: