



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
مرکز بهداشت و درمان جنوب تهران

به آزمایشگاه ----- از مرکز بهداشت درمانی.....  
بدینوسیله خانم / آقا ..... به شماره ( کد ) غربالگری .....  
سن ..... جنس ..... در تاریخ .....

جهت انجام آزمایشات غربالگری شامل :

FBS  TG  Chlo  LDL  HDL  Ceat   
GTT  GCT  Alb/urine

معرفی می گردد.

مهر مرکز غربالگری :

امضاء و نام پزشک مرکز:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
مرکز بهداشت و درمان جنوب تهران

به آزمایشگاه ----- از مرکز بهداشت درمانی.....  
بدینوسیله خانم / آقا ..... به شماره ( کد ) غربالگری .....  
سن ..... جنس ..... در تاریخ .....

جهت انجام آزمایشات غربالگری شامل :

FBS  TG  Chlo  LDL  HDL  Ceat   
GTT  GCT  Alb/urine

معرفی می گردد.

مهر مرکز غربالگری :

امضاء و نام پزشک مرکز: