

فرم اطلاعات آزمایش ANTI MUH



نام و نام خانوادگی:

تاریخ پذیرش:

شماره پذیرش:

تاریخ نمونه گیری:

سن:

وزن:

نام پزشک:

علت درخواست:

روش جلوگیری:

تاریخ LMP:

قائدگی: ☐ منظم ☐ نامنظم

سابقه تخمدان پلی کیستیک:

سابقه جراحی تخمدان:

سابقه آسیب تخمدان:

سابقه شیمی درمانی و رادیوتراپی:

آزمایشگاه ارسال کننده: