



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان
مرکز مدیریت پیوند و
درمان بیماریها

بسمه تعالی

شماره شماره
تاریخ تاریخ
پیوست پیوست

فرم ارجاع بیمار تالاسمی

(دو برگ برای نگهداری در مستندات مبدا و مقصد)

بیمار آقا/خانم..... مبتلا به تالاسمی کد ملی:.....

از : دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی..... مرکز درمانی..... تلفن.....

به : دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی..... مرکز درمانی..... تلفن.....

جهت معرفی می گردد.

الکتیو: اورژانس

اقدامات انجام شده در مبدا.....

.....

مهر و امضای پزشک درمانگر تالاسمی / مبدا کارشناس مسئول بیماران خاص / مبدا

اقدامات انجام شده در مقصد (خلاصه پرونده پیوست گردد): تاریخ/...../۱۳.....

.....

.....

.....

.....

مهر و امضای پزشک درمانگر مهر و امضای مسئول مرکز تالاسمی