

Giờ:

- | | | |
|----------------------|------------------|------------|
| - Họ tên người bệnh: | Tuổi: | Giới tính: |
| - Chẩn đoán: | Khoa: | |
| - Bác sĩ điều trị : | Số giường: | Buồng: |
| - Loại bệnh nhân: | Loại thanh toán: | |

GIÁ TRỊ THAM CHIẾU

- Ngày nhận mẫu: Ngày 20 tháng 4 năm 2016
- Ghi chú: **Trưởng Khoa Xét Nghiệm**