

(لیست آزمایشهای بیماران همودیالیز بر اساس پورتال وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

نام و نام خانوادگی:

شماره بیمه:

تاریخ تولد:

گروه خونی :

شماره تخت:

کد ملی:

نوع بیمه:

ماهیانہ

[illegible]

هر سه ماه

[illegible]

* for DM patients

هر شش ماه

[illegible]