

ADAMTS-13 Activity Test 檢驗單

病患姓名		身分證字號 /病歷號碼		出生日期	年 月 日
聯絡電話	05-2765041 #5213	行動電話	N/A	傳真	05-2719060
寄送報告 Email	13822@cych.org.tw				
檢驗單位	益揚醫學檢驗中心				
送檢醫院/單位	嘉義基督教醫院-檢驗醫學科				
開單醫師					
是否接受PE/PI	<input type="checkbox"/> Yes Date: _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> NO				
臨床診斷	Cr: LDH: Hb: Platelet: Schitocyte <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
血片檢測					
備註					

醫師簽名： _____

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日