**فرم گزارش مورد بالینی مرکز آموزشی درمانی/ مرکز درمانی/ مرکز تحقیقات.....**

|  |  |
| --- | --- |
| **نوع و سطح درخواست: درون سازمانی** | |
| نام و نام خانوادگی پزشک معالج/ امضاء و مهر |  |
| شماره پرونده بیمار |  |
| سن بیمار |  |
| جنس بیمار |  |
| شرح مختصر مورد |  |
| تاییدیه ریاست محترم بیمارستان/ مهر و امضاء |  |