دستورالعمل گزارشدهی

1- اطلاعات موجود در سربرگ گزارشدهی باید شامل موارد زیر باشد:
نام و نام خانوادگی بیمار – سن – جنس – نام پدر – شماره پذیرش – تاریخ پذیرش – تاریخ گزارشدهی - پزشک ارجاع دهنده
2- کلیه برگه های گزارش نتایج باید قبل از تحویل به بیمار بازبینی وامضاء گردند .
3- یک نسخه از گزارش بیمار باید حداقل به مدت یک سال در بایگانی آزمایشگاه نگهداری شود ، این مورد شامل هر دو گروه نمونه های ارسالی و نمونه های گرفته شده در آزمایشگاه می گردد .
4- برای کلیه پارامترهای اندازه گیری شده در آزمایشگاه ، محدوده مرجع کیت مورد استفاده باید در برگه گزارش درج گردد.
5- هر گونه اشکال در نمونه مانند همولیز، لیپمیک یا ایکتریک بودن آن که ممکن است روی نحوه تفسیر نتایج حاصله تاثیر بگذارد ، باید در برگه گزارش قید شود.