

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پارسه تهران



فرم تست گالاکتومانان		
تاریخ: ۱۴۰۱/۶/۷	ویرایش: ۱	PL-RF-RE-۰۲۹
بخش: پذیرش	گروه: مدارک و سوابق	رضوان ظفری

نام نام خانوادگی بیمار: _____ شماره پذیرش در آزمایشگاه مبداء: _____ شماره پذیرش در آزمایشگاه پارسه: _____
 جنس مرد زن تاریخ: ۱۳ / / سن: _____

نوع بیماری
زمینه ای:

سرفه خلط تب برونشکتازی درد قفسه سینه خس خس سینه هموپتزی سایر علائم

مدت زمان شروع علائم مشکوک به آسپرژیلوزیس:

سایر تست های انجام شده برای بیمار:

CT Scan ریه تست ریه آنوزینوفیلی اسمیر کشت Total IgE Specific I gE Specific IgG

نوع آسپرژیلوس:

Aspergiloma ABPA ABPA-CA ABPA-S
 ABPA= Allergic Broncho Pulmonary Aspergilosis, CA=Carcinoma, S=Serologic
 Aspergiloma= Mycetoma = Fungus Ball

نوع تست درخواستی:

BAL-Galactomannan Serum Galactomannan Invasive Aspergillus

داروهای مصرفی: