



TIBBİ LABORATUVAR
HİZMETLERİ DAİRE
BAŞKANLIĞI

DOKU TİPLEME LABORATUVARI BİLGİ FORMU

FORM NO:FR004 İLK YAYIN TARİHİ: 18.05.2012 REV. NO:00 REV. TARİHİ:

FORMUN DOLDURULDUĞU TARİH:				
MERKEZE AİT BİLGİLER				
MERKEZİN ADI:				
ADRES:				
TELEFON:				
FAKS:				
E-MAIL:				
RUHSAT SAHİBİ SORUMLUNUN BİLGİLERİ				
ADI SOYADI:				
TELEFONU:				
CEP TELEFONU:				
FAKS:				
E-MAIL:				
ÇALIŞAN PERSONELİN ADI SOYADI /ÜNVANI				
TESTİN ADI/SUT KODU	HASTA VEYA VERİCİ SAYISI	TEST SAYISI /YIL	NEDEN YAPILDIĞI	KULLANILAN YÖNTEM VE CİHAZLAR
Not: Test sayısı, her lokus bir test sayılacaktır. Bir çözünürlük düzeyi bir test sayılacaktır				
DIŞ KALİTE DEĞERLENDİRME PROGRAMINA DÂHİL Mİ?		EVET: <input type="checkbox"/>	HAYIR: <input type="checkbox"/>	
DIŞ KALİTE DEĞERLENDİRME PROGRAMINA BAĞLI TESTLERİN LİSTESİ				
HAZIRLANAN FORMUN EN GEÇ / / TARİHİNE KADAR			MERKEZ SORUMLUSUNUN İMZASI	
lab.dtl@saglik.gov.tr		Adresine e-maille		
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Adresine posta ile		
Laboratuvar Hizmetleri Daire Başkanlığı Ulus ek bina		gönderilmesi		
Rüzgârlı Cad. Plevne Sok. No:7 Kat:3 -16 ULUS/ANKARA		gerekmektedir.		
FORMLA İLGİLİ SORULAR İÇİN				
Telefon: (312) 324 63 89/152-154 - (312) 324 47 99				