



سازمان تأمین اجتماعی

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی استان تهران

فرم هورمون رشد

مشخصات بیمار

نام: نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: شماره همراه: کد بیمار:
 آدرس: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: شماره پرونده:

گواهی پزشک معالج و دستور مصرف دارو:

تاریخ تولد بیمار:
قد بیمار:
وزن بیمار:
قد پدر:
قد مادر:
عنوان بیمار اولیه (زمینه ای):

مهر و امضاء پزشک فوق تخصص غدد اطفال
 تاریخ:

مداک مورد نیاز جهت تشکیل پرونده:

- ۱- اصل و فتو کپی شناسنامه. (صفحه اول)
- ۲- اصل و فتو کپی صفحه اول دفترچه بیمه.
- ۳- ارائه نمودار (منحنی) رشد قدی الزامی است.
- ۴- گرافی مچ دست و گزارش پزشک رادیولوژی
- ۵- آزمایشات مربوط به هورمون رشد با مهر و امضاء مسئول فنی آزمایشگاه
- ۶- تکمیل فرم مربوط به هورمون رشد توسط فوق تخصص غدد اطفال

تذکره: جهت تشکیل پرونده حضور بیمار الزامی است.

تذکره ۲: با توجه به عدم عودت مدارک و پرونده درمانی مقتضی است بیمه شدگان محترم از کلیه مدارک فوق الذکر جهت نیاز احتمالی خود کپی تهیه نمایند.

تذکره ۳: افراد بالاتر از سن ۱۸ سال با گواهی پزشک فوق تخصص غدد بزرگسالان حسب مورد به شورای علمی و تخصصی ارجاع می گردد .