

آزمایشگاه پاتوبیولوژی کوثر

AMH ^vovarian age

نام و نام خانوادگی :

تاریخ دقیق تولد : ۱۳ / /

تاریخ آخرین قاعدگی : ۱۳ / /

تاریخ نمونه گیری : ۱۳ / /

- ایا تخمدان پلی کیستیک دارید PCOS : بلی خیر
- ایا سیگار یا تنباکو مصرف می کنید : بلی خیر
- ایا قرص ضد بارداری مصرف می کنید : بلی خیر
- ایا سابقه شیمی درمانی و در مان های سرطانی دارید: بلی خیر

این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل گردد.

تاریخ انجام تست : / /

مقدار AMH :