

ЗАКАЗ №:

ЗАКАЗЧИК:



ПАЦИЕНТ: Место взятия биоматериала:  
Договор:  
Фамилия:  
Имя:  
Отчество:  
Пол:  
Возраст:  
Адрес:  
Дата рождения:  
Контингент:

Образец №:

Вид материала: Венозная кровь


Регистрация:

Валидация (врач):

Название/показатель	Результат	Референсные значения *
<b>Сифилис RPR (антикардиолипиновый тест), титр</b> Метод: Флукуляционный тест.		
Результат	отрицательный	отрицательный

\* - Референсные значения приводятся с учетом возраста, пола, фазы менструального цикла, срока беременности.

Отчет создан:

Заведующая лабораторией:  /И.И. Скибо/