

ЗАКАЗ №:

ЗАКАЗЧИК:



Место взятия биоматериала:
Место приема биоматериала:

Договор:
Организация:

Врач:

ПАЦИЕНТ:

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Пол:

Возраст:

Адрес:

Образец №:

Вид материала: Венозная кровь

Регистрация:

Валидация (врач):

Название/показатель

anti-HEV, IgM

Метод: Иммуноанализ.

Результат

Референсные значения *

Результат

не обнаружено

не обнаружено

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

Отчет создан:

Заведующая лабораторией: Скибо /И.И. Скибо/