

ЗАКАЗ №:

ЗАКАЗЧИК:



Место взятия биоматериала:

ПАЦИЕНТ:

Договор:

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Пол:

Возраст:

Образец №:

Вид материала: Венозная кровь

Регистрация:

Валидация (врач):

Название/показатель

Результат

Референсные значения \*

**Coxsackievirus, IgM**

Метод: Иммуноферментный анализ.

Результат

обнаружены

не обнаружены

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

Отчет создан:

Заведующая лабораторией: \_\_\_\_\_ /И.И. Скибо/

