



ЗАКАЗ №:

ЗАКАЗЧИК:



Место взятия биоматериала:

Договор:

Организация:

Врач:

ПАЦИЕНТ:

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Пол:

Возраст:

Образец №:

Вид материала: Венозная кровь

Регистрация:

Валидация (врач):

Название/показатель

Результат

Референсные значения \*

### Гастрин

Метод и оборудование: Твердофазный хемилюминесцентный иммуноферментный анализ. Immulite 2000 XPI, Siemens Healthcare Diagnostics

Концентрация

↑ 242.0 пг/мл

13.0 - 115.0

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

Отчет создан:

Заведующая лабораторией:



И.И. Скибо/