

**ЗАКАЗ №:**

**ЗАКАЗЧИК:**

Место взятия биоматериала:

**ПАЦИЕНТ:**

Договор:

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Пол:

Возраст:

**Образец №:**

**Вид материала:** Мазок смешанный из цервикального канала и поверхности шейки матки

**Регистрация:**

**Валидация (врач):**

Название/показатель

Результат

Референсные значения

**Ki-маркер пролиферативной активности**

Метод и оборудование: Жидкостная цитология.

**Качество препарата**

адекватный

**Дополнительные уточнения**

Исследование проведено на Ki 67. Позитивный сигнал на Ki 67 в 18% диспластических клеток.

**Врач**

ФИО

Отчет создан:

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

