

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 *

Креатинкиназа-MB

Метод и оборудование: Ферментативного иммуноингибирования. Cobas 6000, Roche Diagnostics

Активность

11 Ед/л

0 - 25

Тропонин I

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

Концентрация

<0.20 нг/мл

0.00 - 1.00

Результат

отрицательный

отрицательный

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

Отчет создан:

Заведующая лабораторией: _____ /И.И. Скибо/



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 *

Миоглобин

Метод: Иммунотурбидиметрия.

Концентрация

↑ 86.0 мкг/л

12.0 - 76.0

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

Отчет создан:

Заведующая лабораторией: _____ /И.И. Скибо/

