

ЗАКАЗ №:

ЗАКАЗЧИК:



Место взятия биоматериала:

Договор:

Организация:

Врач:

ПАЦИЕНТ:

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Пол:

Возраст:

Адрес:

Дата рождения:

Контингент:

Образец №:

Вид материала: Венозная кровь

Регистрация:

Валидация (врач):

Название/показатель	Результат	Референсные значения *
---------------------	-----------	------------------------

**Helicobacter pylori, IgA (количественно)**

Метод и оборудование: Иммуноферментный анализ. Sunrise, TECAN

Концентрация	↑ 79.98 МЕ/мл	0.00 - 13.50
--------------	---------------	--------------

Результат	положительный	отрицательный
-----------	---------------	---------------

**Helicobacter pylori, IgG (количественно)**

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

Концентрация	↑ 5.91 Ед/мл	0.00 - 0.90
--------------	--------------	-------------

Результат	положительный	отрицательный
-----------	---------------	---------------

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

Отчет создан:

Заведующая лабораторией:  /И.И. Скибо/