

ЗАКАЗ №:

ЗАКАЗЧИК:

Место взятия биоматериала:

ПАЦИЕНТ:

Договор:

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Пол:

Возраст:

Образец №:

Вид материала: Соскоб уrogenитальный (ПЦР)

Регистрация:

Валидация (врач):

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

Human Papillomavirus 16/18 (HPV 16/18), ДНК

Метод и оборудование: Полимеразная цепная реакция в режиме реального времени

HPV 16 ДНК	положительный	отрицательный
HPV 18 ДНК	отрицательный	отрицательный

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

Интерпретацию полученных результатов проводит врач в совокупности с данными анамнеза, клиническими данными и результатами других диагностических исследований.

Отчет создан:

Заведующая лабораторией: _____ **И.И. Скибо**

