

**ЗАКАЗ №:**

**ЗАКАЗЧИК:**

**Место взятия биоматериала:**

**ПАЦИЕНТ:**

**Договор:**

**Фамилия:**

**Имя:**

**Отчество:**

**Пол:**

**Возраст:**

**Образец №:**

**Вид материала:** Венозная кровь

**Регистрация:**

**Валидация (врач):**

**Название/показатель**

**Результат**

**Референсные значения \***

**Аллерген d2 - пироглифидный клещ *Dermatophagoides farinae*, IgG**

Метод: Иммунохемилюминесцентный анализ.

Концентрация IgG

16.50 мг/л

менее 50

**Интерпретация:** Отрицательно

\* - 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/

