

Ист.бол./Амб.карта:

Ф.И.О.: **Иванова Иванова Иванова**Дата рождения: **11/12/1981**Пол: **Женский**

Фаза цикла:

Адрес: **Москва**

Страховая компания:

Стр. полис: Серия Номер

ЛПУ: **(9779) LAB4U**Отделение **3021 Медицинский центр «М»**

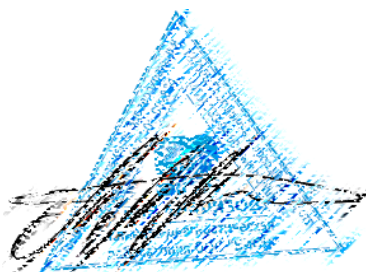
Ф.И.О. врача: -

Дата/время взятия материала: **01/01/2023**Дата доставки материала: **01/01/2023**Номер заказа: **977966040001**Номер образца: **97766040001****ПЦР-исследования****Наименование теста****Результат**

Образец: Соскоб из цервикального канала

Chlamydia trachomatis

не обнаружено

Пример результата**Иванов .И.И.**Дата выдачи: **01/01/2023**