

Ист.бол./Амб.карта:

Ф.И.О.: **Иванова Иванова Иванова**

Дата рождения: **11/12/1981** Пол: **Женский**

Адрес: **Отправка не нужна**

Страховая компания:

Стр. полис: Серия Номер

ЛПУ: **(9779) LAB4U**

Отделение **3021 Медицинский центр «М»**

Ф.И.О. врача: **-**

Дата/время взятия материала: **29/05/2018**

Дата доставки материала: **29/05/2018**

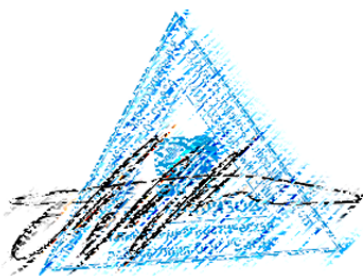
Номер заказа: **97791111111**

Номер образца: **97791111111**

Инфекционная иммунология

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсные значения
Антитела к Chlamydia trachomatis IgM	отрицательный		
Пример результата			

Иванов И.И.,



Дата выдачи: **04/04/2024**

Стр. 1 из 2