

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: **977911111111**  
Номер образца: **977911111111**

**Инфекционная иммунология**

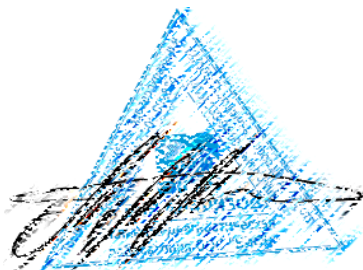
Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсные значения
--------------------	-----------	-------------------	----------------------

Антитела к дифтерийному токсину	отрицательный		
---------------------------------	---------------	--	--

Примечание: Иммунитет отсутствует (титр<1/80); требуется первичная вакцинация или ревакцинация в зависимости от анамнеза, серологический контроль через 4-8 недель

**Пример результата**

Барбосов. В.А.



Дата выдачи: 29/05/2018