

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**

Инфекции, передающиеся половым путём (ИППП-4)

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсные значения
Образец: Урогенитальный соскоб Chlamydia trachomatis			отрицательный
Образец: Урогенитальный соскоб Ureaplasma spp.			отрицательный
Образец: Урогенитальный соскоб Neisseria gonorrhoeae			отрицательный
Образец: Урогенитальный соскоб Trichomonas vaginalis			отрицательный

Пример результата

