

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-6)

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

Пример результата

