

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»**

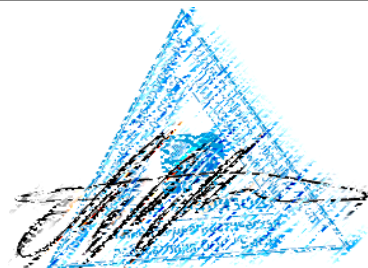
Ф.И.О. врача: -

Дата/время взятия материала: **29/05/2018**Дата доставки материала: **29/05/2018**Номер заказа: **977911111111**Номер образца: **977911111111****ПЦР-исследования**

Наименование теста	Результат
Образец: Урогенитальный соскоб	
Контроль взятия материала*	6.2 Lg (копий/обр.)
* Количество клеток в исследуемом образце достаточное для проведения анализа (≥ 4.0 lg(копий/образец)).	
Trichomonas vaginalis, обнаружение ДНК	не обнаружено

Пример результата

Барбосов. В.А.

Дата выдачи: **29/05/2018**