

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**

**Щитовидная железа (расширенное обследование)**

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсные значения
ТТГ	0.935	мМЕ/л	0.400-4.000
Т3 свободный	4.15	пмоль/л	3.80-6.00
Т4 свободный	10.03	пмоль/л	7.80-14.30
Антитела к ТГ	<20	кЕд/л	0-20
Антитела к ТПО	28	кЕд/л	0-40

Пример результата

