Ист.бол./Амб.карта:
Ф.И.О.: **Иванова Иванова Иванова**
Дата рождения: **01/01/1999** 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: **23/11/2021**
Дата доставки материала: **23/11/2021**
Номер заказа: **977911111111**
Номер образца: **977911111111**

Инфекционная иммунология

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсные значения
Антитела к Vi-антигену Salmonella typhi	отрицательный		

Пример результата

Климкова М.А.,
Зав. лабораторией

Дата выдачи: **27/11/2021**