

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) LAV4U**

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**

Инфекционная иммунология

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсные значения
Антитела к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр (VCA) IgM	0.29	Ед	отрицательный
Референсные значения: <0.8 - отрицательный 0.8-1.0 - сомнительный >=1.0 - положительный			

Пример результата

Барбосов. В.А.

Дата выдачи: **29/05/2018**