

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**

Генетические исследования

Наименование теста	Результат	Единицы измерения	Референсные значения
--------------------	-----------	-------------------	----------------------

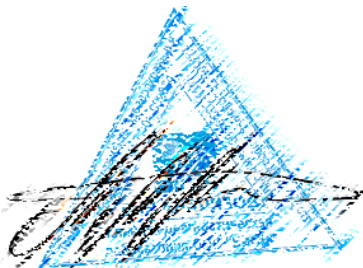
Непереносимость лактозы. Определение полиморфизмов, ассоциированных с нарушениями обмена лактозы

Ген	RS	Полиморфизм	Генотип
MCM6;	4988235;	-13910 C>T	C/C

Рекомендовано заключение врача генетика (тест L200R).

Пример результата

Барбосов. В.А.



Дата выдачи: **29/05/2018**