

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**

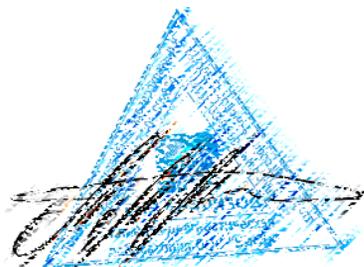
Номер образца: **977911111111**

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

Барбосов. В.А.



Дата выдачи: **29/05/2018**