

Пациент:		
Заказ:	Код пациента:	Дата регистрации:
Дата рождения:	Возраст:	Пол:
ЛПУ:	Код ЛПУ:	
Беременность (указано врачом/пациентом при заказе):		

ДИАГНОСТИКА ЦЕЛИАКИИ, НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ГЛЮТЕНА (РАСШИРЕННАЯ)

Штрихкод:	Вн.№:	Материал: Кровь (сыворотка)		
Параметр	Результат	Референсные значения	Ед. изм.	
Иммуноглобулины класса А (IgA)	2.62	0.65-4.21	г/л	
Антитела к трансклутаминазе IgA (tTG-IgA)	<1	<10.0	Ед/мл	
Антитела к трансклутаминазе IgG (tTG-IgG)	1.4	<10.0	Ед/мл	
Антитела к деамидированному глиадину (DGP) IgA, количественное определение	6.4	<10.0	МЕ/мл	
Антитела к деамидированному глиадину (DGP) IgG, количественное определение	1.5	<10.0	МЕ/мл	

Результат лабораторного исследования не является диагнозом.
Тактика обследования, лечения пациента, интерпретация результатов лабораторных исследований определяется лечащим врачом.

Качество исследований обеспечено сертифицированной системой менеджмента качества, соответствующей требованиям международных стандартов:
ISO 9001:2015 (сертификат соответствия № RU.097A.00402), действителен до 30.05.2025 г.)
ISO 15189:2012 (сертификат № SIS520822S160, действителен до 22.08.2024 г.)
Good Laboratory Practice (GLP) (сертификат № SIS520822S161, действителен до 22.08.2024 г.)

ИТОГОВЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Дата готовности результата:
Дата печати результата: Результат выдал:

