

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

**КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНА СКРЫТОЙ КРОВИ В КАЛЕ**

Штрихкод:	Вн.№:	Материал: Кал		
-----------	-------	---------------	--	--

Параметр	Результат	Референсные значения	Ед. изм.
Гемоглобин (Hb) скрытой крови в кале	28.9	<50.0	нг/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:

ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (сертификат соответствия РОСС RU.13СКО3.01050, действителен до 30.05.2028 г.)

ISO 9001:2015 (сертификат соответствия № RU.QM075.00402, действителен до 30.05.2028 г.)

ГОСТ Р ИСО 15189-2015 (ISO 15189:2012) (сертификат № РОСС RU.32101.04ЖЗА1.246, действителен до 19.08.2027 г.)

ГОСТ 33044-2014 / OECD Guide 1:1998 (сертификат № РОСС RU.32101.04ЖЗА1.247, действителен до 19.08.2027 г.)

**ИТОГОВЫЙ РЕЗУЛЬТАТ**

Страница 1 из 1

Дата готовности результата:

Дата печати результата: **Результат выдал:** \_\_\_\_\_

подпись