



ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ

Заявка №:

Ф.И.О.: **ТЕСТ**

Дата рождения:

Пол:

Биоматериал: **Сыворотка крови**

Дата взятия биоматериала: не указано

Заказчик:

Отделение:

Направивший врач:

Биохимические исследования

Показатель	Результат	Комментарии	Норма	Единицы
Фосфатаза кислая простатическая	0,98		0,00 - 2,20	нг/мл

Дата выполнения анализа

Дата выдачи анализа