



ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ

НОМЕР ЗАЯВКИ / НОМЕР ПРОБЫ:
ДАТА РЕГИСТРАЦИИ:
ДАТА ВЗЯТИЯ БИОМАТЕРИАЛА:
ЛПУ:

Ф.И.О.: **10.17.001 ТЕСТ ТЕСТ**
ДАТА РОЖДЕНИЯ: **01.01.1990 (30 л.)**
ПОЛ: **М**

МОЛЕКУЛЯРНАЯ (ДНК/РНК) ДИАГНОСТИКА МЕТОДОМ ПЦР

Вирус Эпштейна-Барр

НАИМЕНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	РЕЗУЛЬТАТ	ЕД. ИЗМ.	РЕФЕРЕНСНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ
ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus)	не обнаружено		не обнаружено