

Направление

ТМА АФ

на проведение иммунофенотипического исследования ПНГ

Пациент (ФИО)			/ Дата рождения:	
Диагноз				
ЛДГ, Ед/л. :	Норма:	Показатель:	Лейкоцитоз:	
Лечебное учреждение:				
Адрес учреждения:				
ФИО лечащего врача:	Подпись и печать врача:		М.П.	
Телефон:	E-mail:			