

Da inviare a QualiMedLab srl FAX 050.3153454

DATI DEL LABORATORIO

Laboratorio _____
Codice Lab. _____ Referente _____
Indirizzo _____
Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

TG-CHECK

	TG 0 __ A	TG 0 __ B	codice metodo*
Tireoglobulina ng/ml	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AbTg UI/mL (WHO 65/93)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AbTPO UI/ml (WHO 66/387)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

AUTOIMMUNITÀ TIROIDEA

	AT 0 __ A	AT 0 __ B	codice metodo*
AbTg UI/mL (WHO 65/93)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AbTPO UI/ml (WHO 66/387)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Osservazioni _____

_____ Data _____ Firma _____

*se il codice non è riportato nella lista "Codici dei metodi" descrivere il metodo nelle osservazioni

Da inviare a QualiMedLab srl FAX 050.3153454

DATI DEL LABORATORIO

Laboratorio _____
 Codice Lab. _____ Referente _____
 Indirizzo _____
 Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

TG-CHECK

	TG 0 __ A	TG 0 __ B	codice metodo*
Tireoglobulina ng/ml	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AbTg UI/mL (WHO 65/93)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AbTPO UI/ml (WHO 66/387)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

AUTOIMMUNITÀ TIROIDEA

	AT 0 __ A	AT 0 __ B	codice metodo*
AbTg UI/mL (WHO 65/93)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AbTPO UI/ml (WHO 66/387)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Osservazioni _____

_____ Data _____ Firma _____

*se il codice non è riportato nella lista "Codici dei metodi" descrivere il metodo nelle osservazioni