

**A.U.S.L. della Valle d'Aosta - Ospedale Parini**  
**Struttura Regionale di Coordinamento**  
**S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore: Dott. Pierluigi Berti**  
**Tel. n.v. 800601000 - Fax: +39 0165543611 - e-mail: tcentro@ausl.vda.it**

**BREF Referto di laboratorio**

Codice donatore:095364	Gentile Signor
Codice cartella:240065	PROVA PROVA
Data validazione:06/02/2024	
Data di nascita:10/12/1965	
Data richiesta:06/02/2024	

ESAME	RISULTATO	VALORE DI RIFERIMENTO	U. MISURA
AB0 controllo	A	-	
D weak	NEGATIVE	-	
Rh controllo	NEGATIVE	-	

**Il Responsabile**  
**MASTER USER**

Gentile Signore/Signora,  
desideriamo renderLa partecipe che il Servizio Sanitario Regionale ha impiegato euro 0 per il Suo percorso di cura, esclusa eventuale quota fissa se dovuta.