

AMBULATORIO ESTERNO

Richiesta n° **70/ 000009**
Stampato il 16/01/2023 15:48:37
ID Campione: **702300000900**
Data Richiesta: 16/01/2023 15:18:33
Data Checkin:
Altri dati del Paziente

Sig.
PROVA 1 * 1
Data di Nascita 01/01/1970 M

Esame	Esito	U.d.M.	Valori di riferimento
-------	-------	--------	-----------------------

BI OCHI MI CA CLI NI CA

GLUCOSIO
Test enzimatico

70 * mg/dL (76 - 110)

IL DIRIGENTE:
N. CERT.:
ENTE CERT.: