

AMBULATORIO ESTERNO

Richiesta n° **70/ 000015**
Stampato il 03/02/2023 17:01:52
ID Campione: **702300001500**
Data Richiesta: 03/02/2023 16:21:01
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

100	mg/dL	(76 - 110)
-----	-------	------------

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