

**AMBULATORIO ESTERNO**

Richiesta n° **70/ 000015**  
Stampato il 03/02/2023 16:41:30  
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**

<b>GLUCOSIO</b> <small>Test enzimatico</small>	100	mg/dL	(76 - 110)
---	-----	-------	------------

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