

Sig./ra **PROVA ACCREDITAMENTO**Nato/a il **05/03/2000**a **CAGLIARI****OSPEDALE OSP. SAN FRANCESCO NUORO****REPARTO Ambulatorio trasfusionale**Richiesta n. **24600025**Del: **21/03/2024**Codice Paz. **169058**

| Descrizione Esame          | Unità di | Risultato   | Score/Titolo | Intervallo rif: Min. - Max. |
|----------------------------|----------|-------------|--------------|-----------------------------|
| Gruppo Sanguigno           |          | A           |              | -                           |
| Fattore Rh(D)              |          | +           |              | -                           |
| Test di Coombs Indiretto   |          | Positivo -  |              | -                           |
| Test di Coombs Diretto     |          | Positivo -  |              | -                           |
| Tipizzazione eritrocitaria |          | il paziente |              | -                           |
| Ricerca crioglobuline      |          |             |              |                             |
| Crioglobuline IgA          | g/L      | 1           |              | 0,90 - 4,00                 |
| Crioglobuline IgG          | g/L      | 8           |              | 8,00 - 18,00                |
| Crioglobuline IgM          | g/L      | 2           |              | 0,60 - 2,80                 |

(\*) Esami eseguiti e validati dal Laboratorio Analisi

Annotazioni

Si consiglia controllo tra un mese

Referto firmato digitalmente da Dott.ssa ALICE TOLU in data 21/03/2024 alle ore 15:20

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. n. 82 del 07/03/2005 e norme collegate, che sostituisce il referto cartaceo e la firma autografa.