

Sig./ra **PROVA ACCREDITAMENTO**Nato/a il **05/03/2000**a **CAGLIARI****OSPEDALE OSP. SAN FRANCESCO NUORO****REPARTO Ambulatorio trasfusionale**Richiesta n. **24600023**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 12:31

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.