



孝感市中心医院POCT检验报告单

住院(急)

样本号: 15

姓名:
性别:
年龄: 岁

病案号:
科 别:
床 号:

样本类型:
检验仪器:
条码编号:

送检医生:
临床诊断:
采集时间:

项目名称	缩写	结果	单位	参考区间	项目名称	缩写	结果	单位	参考区间

备注:
接收时间: 报告时间:
注: 本报告单仅对此标本负责, 标本保存48小时, 如有疑问请及时查询

检验者: 审核者: