***LABORATORIO***

***PACIENTE******:*** *${name}*

***INDICACIÓN :*** *${indicacion}*

***FECHA*** ***:*** *${date}*

BIOQUIMICA

**PRUEBA RESULTADO VALOR DE REFERENCIA**

ACIDO URICO **5.5** mg/dl 2.0 - 6.0 mg/dl

***LABORATORIO***

***PACIENTE******:***

***INDICACIÓN :*** *MADRE TERESA*

***FECHA*** ***:*** *01-09-2023*

INMUNOLOGIA

**PRUEBA RESULTADOS VALOR DE REFERENCIA**

ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA SCREEN)16.17 Ul/ml < 25 Negativo

>25 Positivo

PROTEINA C REACTIVA (látex): Negativo Negativo-Positivo

FACTOR REUMATOIDEO (látex): Negativo Negativo-Positivo

***LABORATORIO***

***PACIENTE******:***

***INDICACIÓN :*** *MADRE TERESA*

***FECHA*** ***:*** *01-09-2023*

HEMATOLOGÍA

**ANALISIS SOLICITADO RESULTADOS VALOR NORMAL**

V. De Sedimentación Globular (VSG) **18** mm/hr 0 - 5 mm/hr Hombres

0 - 15 mm/hr Mujeres

0 - 10 mm/hr Niños