

SANGUE OCCULTO

FOB (FB)

Laboratorio _____

Codice laboratorio _____ Referente _____

Indirizzo _____

Telefono _____ FAX _____ E-mail _____

FOB	FB <input type="text"/> <input type="text"/> a	FB <input type="text"/> <input type="text"/> b	Analizzatore / metodo
Emoglobina quant. ng/mL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
Emoglobina qual.	<input type="button" value="POSITIVO"/> <input type="button" value="NEGATIVO"/>	<input type="button" value="POSITIVO"/> <input type="button" value="NEGATIVO"/>	_____

Data _____

Firma _____

Da inviare per e-mail all'indirizzo info-qc@vanica.it