

## INFETTIVITÀ

### Epatite (HE)

Laboratorio \_\_\_\_\_

Codice laboratorio \_\_\_\_\_

Referente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Epatite

HE  a

Analizzatore / metodo

**HBsAb**

mIU/mL

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO



ZONA GRIGIA

Risultato quantitativo (se disponibile)

**HBcAb IgM**

IC

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO



ZONA GRIGIA

Risultato quantitativo (se disponibile)

**HBcAb totali**

IC

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO



ZONA GRIGIA

Risultato quantitativo (se disponibile)

**HBeAb**

IC

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO



ZONA GRIGIA

Risultato quantitativo (se disponibile)

**HBeAg**

IC

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO



ZONA GRIGIA

Risultato quantitativo (se disponibile)

**HBsAg**

IC

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO



ZONA GRIGIA

Risultato quantitativo (se disponibile)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Da inviare per e-mail all'indirizzo [info-qc@vanica.it](mailto:info-qc@vanica.it)