

IMMUNOMETRIA SPECIALISTICA

Immunocheck Ormoni 2 (IH), Gastrina + Testosterone libero (GT), Vitamina D (IV), Renina (IR) - 1/2

Laboratorio _____

Codice laboratorio _____ Referente _____

Indirizzo _____

Telefono _____ FAX _____ E-mail _____

Ormoni 2

	IH <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a	IH <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b	Analizzatore / metodo
Aldosterone ng/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	_____
Delta-4-androstenedione µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
DHEA-solfato mg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
17alfa-OH-progesterone µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
IGF1 µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	_____
SHBG nmol/L	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
Testosterone libero ng/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

Gastrina + Testosterone libero

	GT <input type="text"/> <input type="text"/> a	GT <input type="text"/> <input type="text"/> b	Analizzatore / metodo
Gastrina ng/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	_____
Testosterone libero ng/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

Vitamina D

	IV <input type="text"/> <input type="text"/> a	IV <input type="text"/> <input type="text"/> b	Analizzatore / metodo
25(OH) vitamina D µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	_____
1,25(OH) ₂ vitamina D ng/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	_____

Renina

	IR <input type="text"/> <input type="text"/> a	IR <input type="text"/> <input type="text"/> b	Analizzatore / metodo
Plasma Renin Activity µg/L/h	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
Renina Diretta ng/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	_____

Data _____

Firma _____

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

IMMUNOMETRIA SPECIALISTICA

Immunocheck Marcatori tumorali specialistici (NT), ACTH (IA), Calcitonina (IC), Osteocalcina (OS), AMH + Inibina B (NB) - 2/2

Laboratorio _____
 Codice laboratorio _____ Referente _____
 Indirizzo _____
 Telefono _____ FAX _____ E-mail _____

Marcatori tumorali specialistici	NT <input type="text"/> <input type="text"/> a		Analizzatore / metodo
NSE µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>		_____
CA-50 U/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>		_____
CA 72-4 KU/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>		_____
Cyfra 21-1 µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>		_____
free-β hCG µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>		_____
PAP µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>		_____
Tireoglobulina µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>		_____
TPA U/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>		_____
ACTH	IA <input type="text"/> <input type="text"/> a		Analizzatore / metodo
ACTH ng/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>		_____
Calcitonina	IC <input type="text"/> <input type="text"/> a	IC <input type="text"/> <input type="text"/> b	Analizzatore / metodo
Calcitonina ng/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	_____
Osteocalcina	OS <input type="text"/> <input type="text"/> a	OS <input type="text"/> <input type="text"/> b	Analizzatore / metodo
Osteocalcina µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	_____
AMH + Inibina B	NB <input type="text"/> <input type="text"/> a	NB <input type="text"/> <input type="text"/> b	Analizzatore / metodo
AMH µg/L	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
Inibina B ng/L	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	_____

Data _____

Firma _____

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

IMMUNOMETRIA SPECIALISTICA

Immunocheck Procalcitonina 2 (PR)

Laboratorio

Codice laboratorio Referente

Indirizzo

Telefono FAX E-mail

Procalcitonina

PR a

Analizzatore / metodo

Procalcitonina
µg/L

,

Data

Firma

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