

INFETTIVITÀ ToRCheck (TO)

Laboratorio _____

Codice laboratorio _____ Referente _____

Indirizzo _____

Telefono _____ FAX _____ E-mail _____

ToRCheck

TO a

Analizzatore / metodo

Anti-Toxoplasma IgG
U/ml

ZONA GRIGIA

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO

Risultato quantitativo (se disponibile)

Anti-Toxoplasma IgM

ZONA GRIGIA

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO

Risultato quantitativo (se disponibile)

Anti-Rubella IgG
U/ml

ZONA GRIGIA

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO

Risultato quantitativo (se disponibile)

Anti-Rubella IgM

ZONA GRIGIA

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO

Risultato quantitativo (se disponibile)

Anti-Cytomegalovirus IgG

ZONA GRIGIA

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO

Risultato quantitativo (se disponibile)

Anti-Cytomegalovirus IgM

ZONA GRIGIA

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO

Risultato quantitativo (se disponibile)

Helicobacter Pylori IgG
U/ml

ZONA GRIGIA

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO

Risultato quantitativo (se disponibile)

Anti-Herpes simplex 1/2 IgG

ZONA GRIGIA

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO

Risultato quantitativo (se disponibile)

Anti-Herpes simplex 1/2 IgM

ZONA GRIGIA

NEGATIVO DUBBIO POSITIVO

Risultato quantitativo (se disponibile)

Data _____

Firma _____

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