

Хромосомный анализ № m 67 p Cyto_24 9n

ID пациента:

ФИО пациента:

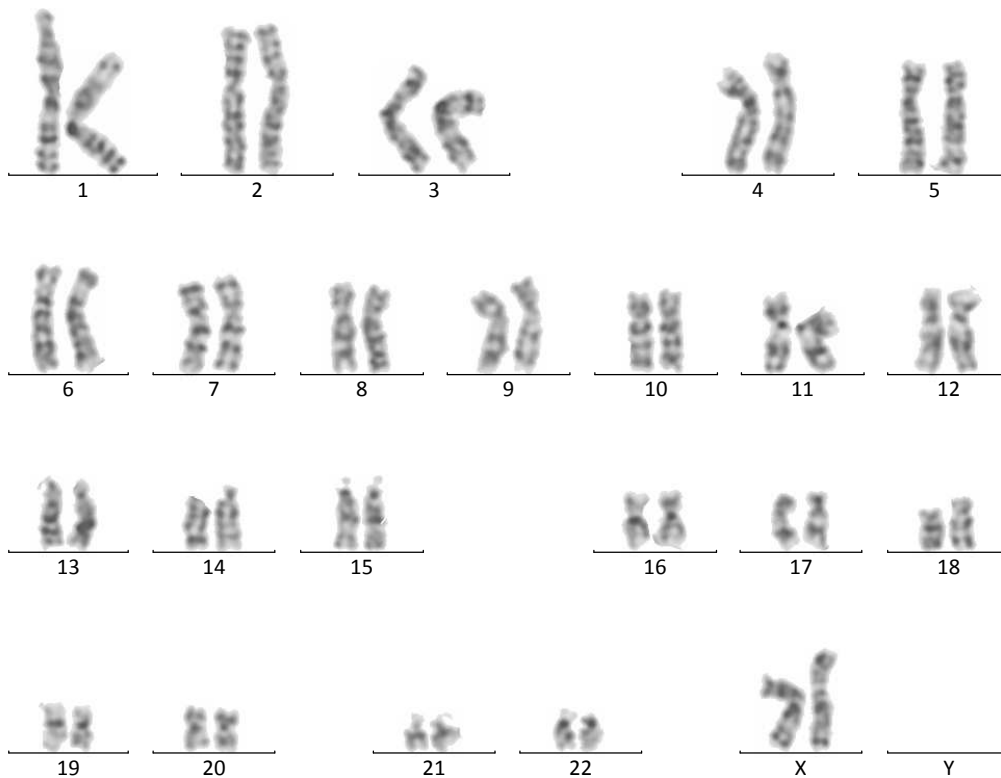
направление №:

Дата рождения:

Материал:

Дата взятия материала:

Тип окраски:



Кариотип:

Заключение:

Дата исследования:

Врач-цитогенетик: _____ / /