

### Хромосомный анализ № ATP7B IL24f~A

ID пациента:

ФИО пациента:

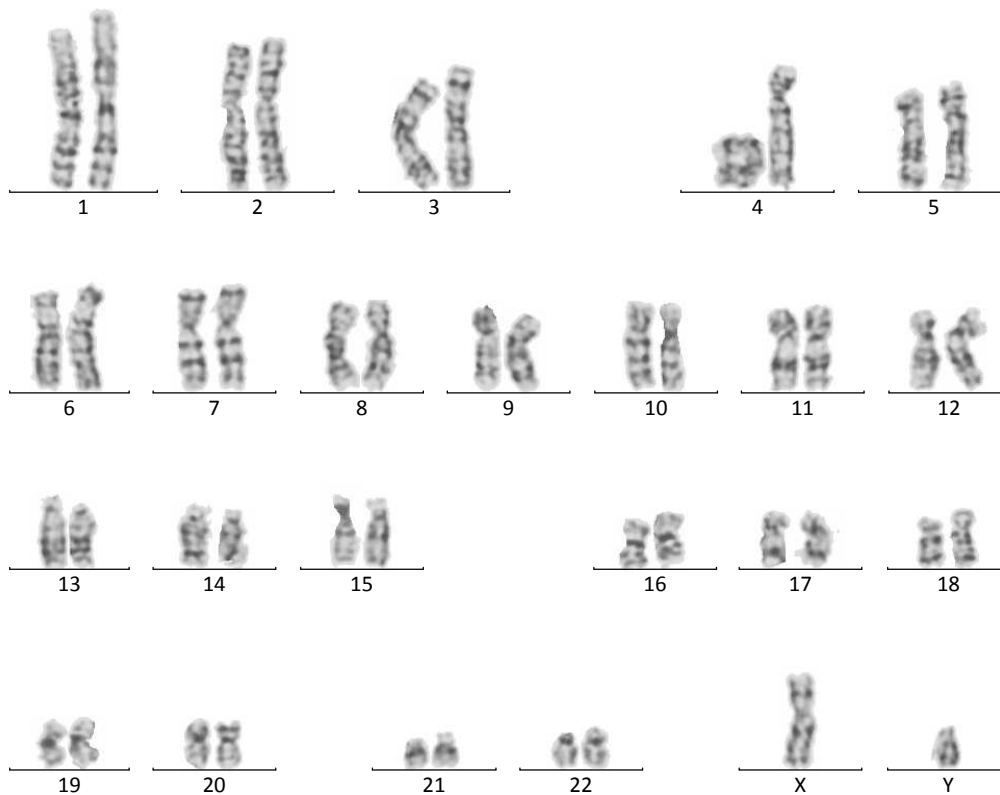
направление №:

Дата рождения:

Материал:

Дата взятия материала:

Тип окраски:



Кариотип:

Заключение:

Дата исследования:

Врач-цитогенетик: \_\_\_\_\_ / /