

Жеке өтініш нөмірі (Индивидуальный номер заявки):	452419966
Науқас, жынысы (Пациент, пол):	ТЕСТ ТТТ ТЕСТ (Ж)
Туылған күні, жас (Дата рождения, возраст):	26.06.1980 (45 лет)
Науқастың ЖСН/шетелдіктер үшін паспорт нөмірі (ИИН пациента/№ паспорта, для иностранцев):	-
Тұрғылықты мекенжайы, азаматтық (Адрес проживания, гражданство):	Россия, Москва, тест
Дәрігер, ID (Врач, ID):	самообращение
Медициналық ұйым (Медицинская организация):	Тестовый МО для Республики Казахстан, Астана, пп, 98
Үлгі алынған күні және уақыты (Проба взята):	21.01.2026 09:00
Үлгі түскен күні және уақыты (Проба поступила):	21.01.2026 14:25
Дәрігердің растау күні (Подтверждено врачом):	21.01.2026 14:25
Нәтиже шығарылған күні (Дата печати результата):	21.01.2026

Зерттеу (Исследование)	Нәтиже (Результат)	Өлшем бірліктері (Единицы)	Референс мағыналары (Референсные значения)	Түсіндірме (Комментарий)
Качественная оценка наличия соматической мутации V617F в 14 экзоне гена	не обнаружено		не обнаружено	Проводилась качественная оценка наличия соматической мутации 617F гена JAK2. Отрицательный результат определения мутации V617F в 14 экзоне гена JAK2 не исключает наличие других драйверных мутаций, характерных для МПН: в 12 экзоне гена JAK2, 9 экзоне гена CALR и 515 кодоне гена MPL.

Исполнитель Пешкова Н.Г., врач клинической лабораторной диагностики

Түсіндірме (Комментарий):

Подпись заведующего лабораторией ТОО «ИНВИТРО-Казахстан» Поповой М.А. в настоящем бланке не является подписью лица, выполняющего лабораторные исследования; указанная подпись подтверждает подлинность и достоверность указанной в настоящем бланке информации, подготовленной на основании результатов лабораторных исследований, выполненных ООО «ИНВИТРО».

Воспроизводимая чувствительность метода составляет более 1% мутантного аллеля V617F гена JAK2 в клиническом образце.

Внимание! В электронном экземпляре бланка название исследования содержит ссылку на страницу сайта с описанием исследования. INVITRO.KZ

Результаты исследований не являются диагнозом, необходима консультация специалиста.

М.П. / Подпись врача