

Subject ID _____

Donor ID _____

S.R. # _____

SMA RESULTS

COMPLETE FOR ALL CONFIRMED HTLV POSITIVES AND NEGATIVE CONTROLS, AND FORWARD TO THE COORDINATING CENTER ON THE 1ST OF EACH MONTH.

LABORATORY _____

DATE OF TESTING _____

SEX _____

AGE _____

RESULTS	REFERENCE VALUES
Albumin:	(<input type="text"/> . <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/>)
Ldh:	(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)
Calcium:	(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>)
Alkaline Phosphatase:	(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)
Total CPK:	(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>)