

GLÜKOOSI- JA LAKTOOSITALUVUSE PROOVI SAATEKIRI

PATSIENT

NIMI _____

ISIKUKOOD _____

MUUD ANDMED _____

TELLIJA

NIMI _____

OSAKOND/ ASUTUS _____

TELEFON _____

Materjal: NaF paastuplasma (fP3), NaF plasma (P3)

GTT:

KELLAAEG

fP3- Gluc _____

P3- Gluc 60 min _____

P3- Gluc 120 min _____

LTT:

KELLAAEG

fP3- Gluc _____

P3- Gluc 30 min _____

P3- Gluc 60 min _____

P3- Gluc 90 min _____

Proovimaterjali võtmise kuupäev: _____

Proovivõtja nimi: _____