

GLÜKOOSI- JA LAKTOOSITALUVUSE PROOVI SAATEKIRI

PATSIENT

Eesnimi: _____

Perekonnanimi: _____

Isikukood/sünniaeg: _____

Vanus: _____

Sugu: M N

TELLIJA

Arst: _____

Telefon: _____ Arsti kood: _____

Osakond/asutus: _____

Kuupäev: _____

Allkiri: _____

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

GTT:

fP3-Gluc _____

fP3-Gluc (60 min) _____

(ainult rasedatel)

fP3-Gluc (120 min) _____

KELLAAEG:

LTT:

fP3-Gluc _____

fP3-Gluc (20 min) _____

fP3-Gluc (40 min) _____

fP3-Gluc (60 min) _____

KELLAAEG:

Proovimaterjali võtmise kuupäev: _____

Proovivõtja nimi: _____

Allkiri: _____