

Remiss Belastning

Beställare

Patient-ID

För Beställare:

Provtagningsstid Dat: _____ kl: _____	Rem läkare	Datum för remiss
För Laktosbelastning Pat massa: _____ kg	Pat längd: _____ cm	<input type="checkbox"/> BLODSMITTA Märk rör med etikett BLODSMITTA
Diagnos – Frågeställning		
<input type="checkbox"/> fPt-Glukosbelastning	<input type="checkbox"/> Venös	<input type="checkbox"/> Kapillär (dubbelprov)
<input type="checkbox"/> fPt-Laktosbelastning	<input type="checkbox"/> Venös	<input type="checkbox"/> Kapillär (dubbelprov)

För Laboratoriet:

fPt-Glukosbelastning

Tid i min	FV	120
Glukos mmol/L		
x		

Glukostillförsel: g

Lot:

Datum: kl

Sign:

Analysmetod:

fPt-Laktosbelastning

Tid i min	FV	15	30	45	60
Glukos mmol/L					
x					

Laktostillförsel: g

Lot:

Datum: kl

Sign:

Analysmetod: