

Remiss Belastning

Beställare

Patient-ID

För Beställare:

Provtagningsstid	Rem läkare	Datum för remiss
Dat: _____ kl: _____		
Diagnos – Frågeställning		
<input type="checkbox"/> fPt-Glukosbelastning <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: