

1 Glukostolerans-test (OGTT), Arbetsprotokoll CF

Kundkod: _____

Ans. läkare (RSID enl. remiss): _____ Namn och personnummer:

Datum: 20____ - ____ - ____

Identitet styrkt: Ja Nej Sign _____

Feber: Ja Nej

Fastande: Ja Nej

Genomgången gastric bypass- eller gastric sleeve-operation: Ja Nej

Vikt: _____ kg

Given dos Glucose Pro: 250 mL eller Annan: _____ mL

Om patienten väger < 43 kg se tabell 2 i metodbeskrivning för korrekt dos.

fP-Glukos (HemoCue): _____ mmol/L

Formulera härunder den text (incidenter mm) som skall gå med svarsrapporten som journalanteckning till journalsystemet och signera.

Utan anmärkning Signatur: _____

Journalanteckning:

Batch-nummer och namn på glukoslösningen:

LID-nr

Namn och personnummer

Starttid kl: _____

Stopptid kl: _____

Fullständigt namn på utförare*: _____ RSID: _____

Tel: _____

Tid	Klockslag	P-Glukos Remissetikett	Sign.	Värde (mmol/L)	B-HbA1c (0 min)	Värde (mmol/L)
0 min						
30 min					P/S-C- peptid (60 min)	Värde (mmol/L)
60 min						
90 min						
120 min						

***Obs!** Journalför besöket **på framsidan** av arbetsprotokollet (gäller utförare inom Labmedicin Skåne) för ev senare journalføring i LIMS RS.

Kryssa i rutan ("utan anmärkning") ifall inget inträffat. Signera