

# Glukostolerans-test (OGTT), Arbetsprotokoll

Kundkod: \_\_\_\_\_

Namn och personnummer:

Ans. läkare (RSID enl. remiss): \_\_\_\_\_

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

Starttid kl: \_\_\_\_\_ Stopptid kl: \_\_\_\_\_

Fullständigt namn på utförare\*: \_\_\_\_\_ RSID: \_\_\_\_\_

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

Utan anmärkning  Signatur: \_\_\_\_\_

Journalanteckning:

Batch-nummer samt namn på glukoslösningen:

Laboratoriets etikett