

Instruktion

fPt-Laktosbelastning, arbetsprotokoll

Utfärdad av: Klinisk kemi

SKÅNE

Laktos, Arbetsprotokoll

Kundkod: _____

Namn och personnummer:

Sjukhusets ort: _____

Ans. läkare (Namn/RS-id enligt remiss): _____

Identitet styrkt: Ja Nej Sign _____

Datum: 20____ - ____ - ____

Vikt: _____ kg

Fastandet: Ja NejFeber: Ja NejGiven dos: 20 mL Annan: _____ mL **(20% Laktoslösning)**

Fullständigt namn på utförare: _____

RS-id: _____

Tid	P-Glukos	Värde	Sign.	Ev. anmärkning/symtom
0 min				
15 min				
30 min				
45 min				
60 min				
90 min				
120 min				

Instruktion

fPt-Laktosbelastning, arbetsprotokoll

Utfärdad av: Klinisk kemi

SKÅNE

Formulera härunder den text (incidenter mm) som skall journalföras och signera.

För utförare inom Labmedicin Skåne: Journalför besöket för eventuell senare journalföring i LIMS. Kryssa i rutan "Utan anmärkning" om inget inträffat. Signera.

Utan anmärkning

Sign/RS-id: _____

Extern sjukvårdspersonal

Sign/RS-id: _____

Journalanteckning:

Rekommenderad provtagningstid enligt tabell 3 i metodbeskrivningen:

Övrigt, ex kommentar från beställande läkare:

Batchnr