Labor
Ristiku 1, 80010 Pärnu
I korrus K125
tel 447 3571, labor@ph.ee

GLÜKOOSI- JA LAKTOOSITALUVUSE PROOVI SAATEKIRI

PATSIENT
Eesnimi: _____
Perekonnanimi: _____
Isikukood/sünniaeg: _____
Vanus: _____
Sugu: ☐ M ☐ N

PATSIENDI NIMEKLEEPS

TELLIJA
Arst: _____
Telefon: _____ Arsti kood: _____
Osakond/asutus: _____
Kuupäev: _____
Allkiri: _____

Materjal: NaF paastuplasma (fP3), NaF plasma (P3)

GTT:	**KELLAAEG:**	**LTT:**	**KELLAAEG:**
☐ fP3-Gluc	_____	☐ fP3-Gluc	_____
☐ fP3-Gluc (60 min) (ainult rasedatel)	_____	☐ fP3-Gluc (20 min)	_____
☐ fP3-Gluc (120 min	_____	☐ fP3-Gluc (40 min)	_____
		☐ fP3-Gluc (60 min)	_____

Proovimaterjali võtmise kuupäev: _____

Labor
Ristiku 1, 80010 Pärnu
I korrus K125
tel 447 3571, labor@ph.ee

Proovivõtja nimi: _____ Allkiri: _____