ŽÁDANKA NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ OGTT

Z-23-02

Rodné číslo			
Příjmení			
Jméno, titul			
Diagnózy			
Kontakt			
Pojišťovna			Datum

BIOCHEMICKÁ LABORATOŘ
BILA s.r.o.
LABORATOŘE KLINICKÉ BIOCHEMIE A HEMATOLOGIE E
Postřelmovská 2000/7a, 78901 Zábřeh
www.laboratorbila.cz

Zjištěné hodnoty glykémie pro indikaci OGTT _____ _____ mmol/l

Požadujeme provedení orálního glukózového tolerančního testu (OGTT) pro:

☐ Běžný test OGTT (dospělý)

☐ Test OGTT v těhotenství / gestační stáří _____ t + d

☐ Test OGTT dítě do 15 let / hmotnost dítěte _____ kg

Objednané datum testu: _____

Informace pro pacienta:
Dostavte se k vyšetření na 7:00 hodin, nalačno, den před provedením testu dodržujte běžný stravovací režim. Během vyšetření setrváte v klidu na místě po dobu 2 hodin až do ukončení vyšetření.

Záznamy laboratoře:

Test proveden dne: _____ Číslo žádanky: _____

Čas odběru č. 1 (na lačno): _____

Jiné údaje: Odebral (podpis):	Žádající (razítko a podpis):