ООО «ИНВИТРО», 125047, г. Москва, ул. 4-ая Тверская-Ямская, д. 16, корп. 3
тел./факс: (800) 200 363 0, (495) 363 0 363, www.invitro.ru

ИНВИТРО®

Заполнять **ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ** буквами

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: / / (число, месяц, год) Пол: (муж, жен) Номер полиса: Номер ДК:

Тел.\моб.: sms: Штрих-код:

e-mail: Кодовое слово:

Диагноз:

Дата начала заболевания:

Принимаемые препараты:

ФИО врача:

☐ Предупрежден(а) о правилах подготовки перед взятием и(или) приёмом биоматериала. ☐ Пробирка(и) промаркирована(ы) в моем присутствии.

☐ С данными бланка ознакомлен(а), претензий не имею. подпись/расшифровка / / (число, месяц, год)

ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНЫЙ ТЕСТ

Внимание! Назначение ГТТ производится только после предварительного определения концентрации глюкозы натощак

ГТГ1-С	ГТТ 2-часовой (пробирка с флюоридом, 2-кратное взятие)	702 ●
ГТГ2-С		703 ●
ГТГС1-С	ГТТ 2-часовой с С-пептидом (пробирка с флюоридом, 2-кратное взятие)	702 ● 700 ●
ГТГС2-С		703 ● 701 ●
ГТБ0-С	ГТТ при беременности, 2-часовой (пробирка с флюоридом, 3-кратное взятие)	707 ●
ГТБ1-С		708 ●
ГТБ2-С		709 ●

Специальные обозначени: 030 — номер контейнера ● — пробирка с серой крышкой ● — пробирка с красной крышкой с гелем

Результат исследования уровня глюкозы в капиллярной крови:

Полученное значение	Ф.И.О. сотрудника, проводившего исследование	Подпись сотрудника

С полученным результатом исследования уровня глюкозы в капиллярной крови и характером предстоящего исследования (причинами отказа в проведении исследования) **ознакомлен.**

Пациент _____ / _____ дата «_____» _____ 20_____ г.
ФИО подпись

бланк действует с 20.05.2016