INVITRO

ООО «ИНВИТРО» 121059, г. Москва,
вн. тер. г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1, помещ. 1
+7 (800) 200 363 0 363, www.invitro.ru

**Заполнять только печатными буквами!**

Заказчик

Пациент

Дата рождения / / (число / месяц / год) Пол (м ж) Номер полиса Номер ДК

СНИЛС

Тел./моб.: sms: Штрих-код:

e-mail: Кодовое слово:

Диагноз:

Принимаемые препараты:

ФИО врача

☐ **Предупрежден(а) о правилах подготовки перед взятием и(или) приёмом биоматериала.**

☐ **Пробирка (и) промаркирована (ы) в моём 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 ●<br>700 ● |
| ГТГС2-С | | 703 ●<br>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

● ⊛ – центрифугировать 10 мин. 2000g через 30-45 мин. после взятия

**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 _____ / _____
ФИО подпись

дата «____» _____ 20____ г.

бланк действует с 14.01.2019