INFORMACJA OD LEKARZA

PAN/PANI ……………………………………………………………………………………………………………..

ZAM. ………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL ………………………………………………………………………………………………………………..

**WYMAGA PROFILAKTYKI Z ZAKRESU DIETETYKI CELEM OBIŻENIA MASY CIAŁA**

**W ZWIĄZKU Z TYM ZLECONO PODSTAWOWE BADANIA**:

morfologia, wartość wskaźnika przemiany lipidowej (stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, HDL, trójglicerydów), gospodarki węglowodanowej (stężenie glukozy na czczo, glikemii przygodnej), stężenia aminotransferaz wątrobowych (ALT, AST, ALP, GGTP, bilirubina całkowita), kwasu moczowego oraz ciśnienia tętniczego krwi

oraz fakultatywnie w przypadku osób z zaburzoną gospodarką węglowodanową: badania hemoglobiny glikowanej HbA1c oraz poziom insuliny.

 …………………………………………………………………

 Data, podpis i pieczątka lekarza