

KLINISKE MÅL		LAB- nummer	Deltager-ID (påføres)
Dato: (dag/mnd/år) / /		Klokkeslett for ankomst lokalet: (tt/mm) __ __ / __ __	
Klokkeslett for mottak: (tt/mm) __ __ / __ __		Signatur mottak:	
<input type="checkbox"/> Kontroll av personopplysninger mot deltager-ID			
<input type="checkbox"/> SPØRRESKJEMA levert		<input type="checkbox"/> SAMTYKKE	TILBAKEMELDING egne svar <input type="checkbox"/> fått tilbakemelding <input type="checkbox"/> ønsker ikke
HØYDE _____ cm (en desimal)	<input type="checkbox"/> Avvik HØYDE	kode _____	
VEKT _____ kg (en desimal)	<input type="checkbox"/> Avvik VEKT	kode _____	
BMI _____ kg/m ² (en desimal)			
HOFTEVIDDE _____ cm (hele cm)	<input type="checkbox"/> Avvik HOFTEVIDDE	kode _____	Signatur:
LIVVIDDE _____ cm (hele cm)	<input type="checkbox"/> Avvik LIVVIDDE	kode _____	
BLODTRYKK OG PULS			
Noter armmål og kryss av for hvilken type mansjett som er brukt			
Armmål i cm	Kryss for type mansjett som er brukt		
	<input type="checkbox"/> Liten mansjett (17- 25 cm)		
	<input type="checkbox"/> Vanlig mansjett (23-33)		
	<input type="checkbox"/> Stor mansjett (31-40 cm)		
	<input type="checkbox"/> Lårmansjett (38-50 cm)		
Blodtrykk 1:	Blodtrykk 2:	Blodtrykk 3:	Mean 2 & 3:
Puls 1:	Puls 2:	Puls 3:	Mean 2 & 3:
Klokkeslett for måling: (tt/mm) __ __ / __ __		Signatur BT-måling:	
<input type="checkbox"/> Avvik blodtrykksmåling	kode _____	<input type="checkbox"/> Avviksmelding – brev deltager	
<input type="checkbox"/> Avvik puls	kode _____	<input type="checkbox"/> Alarmerende verdi – ø-hjelp	