Protokoll Afinion HbA1c-kontroll Patientnära analyser, Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Avd/Mott:…….. MTA-/Serienummer:……

År:	Kontrollnivå: Hög ☐ Låg ☐	Avvikelse från börvärdet i mmol/mol																			Lotnr. Kassett	Lotnr. Kontroll	Sign.
.....	Börvärde: ± ……..mmol/mol	(-) 12		10		8		6		4		2		0		2		4		6		8		10		(+) 12				
Datum	**Erhållet värde**																													