

FARMAKOGENETIK - PROVTAGNING

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT	Personnummer:
REMISSDATUM	Namn:
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET ÖREBRO VERKSAMHETSOMRÅDE LABORATORIEMEDICIN PROVINLÄMNINGEN, M-huset, vän 1, M2 701 85 ÖREBRO	TFN: 019-6023645 FAX: 019-6021035
INREMITTERANDE LÄKARE OCH TELEFONNUMMER	AVSTÄMT MED KLINISK FARMAKOLOGI: JA NEJ
INSÄNT PROV Provtagningsdatum: _____ kl: _____ Signatur: _____ Helblod EDTA (1 rör, 6 mL) Extraherat DNA (ID): _____ Befintligt prov (ID): _____	KLINISK DIAGNOS / MISSTÄNKT DIAGNOS INDIKATION
TRANSFUSION / TRANSPLANTATION JA - ange datum: _____ NEJ	OM JA - ange vad
ÖNSKAD FARMAKOGENETISK ANALYS CYP¹ Omeprazolmetabolism, CYP2C19²	

¹Ska stämmas av med - Klinisk farmakologi, Läkemedelscentrum USÖ - innan skick

Använd remiss: FARMAKOGENETIK - Rådgivning Klinisk farmakologi

²Behöver inte stämmas av med - Klinisk farmakologi, Läkemedelscentrum USÖ - innan skick

För provtagningsanvisningar se: <https://provtagningsanvisningar.regionorebrolan.se/>
 Använd sökordet "Farmakogenetisk analys".

För biobanksinformation se: <https://biobanksverige.se/>