Skriv ut

Remiss - FISH Myelom, skickeprov

Rensa

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT	Personnummer: Namn:
EXTRA KOPIA	
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET ÖREBRO VO LABORATORIEMEDICIN KLINISK PATOLOGI OCH GENETIK 701 85 ÖREBRO Flödeslabb: 019-602 21 06 MVA: 019-602 13 40 FAX: 019-602 10 35	
REMITTERANDE LÄKARE	

AVSÄNT ANTAL	SIGN	MOTTAGET	SIGN	☐ STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP .....
RÖR	TFN	ANTAL		

ANAMNES, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING

Blodstatus:

LPK: ..... x10^9/L

Hb: ..... g/L

TPK: ..... x10^9/L

FISH-panel:

☐ Myelom[1] (skickas till MLL)

Provtagningsdatum .....

Provtagningstid .....

[1] Provet skall utgöras av 10 mL (minst 5 mL) benmärg i heparinrör och ska vara flödeslabbet tillhanda vardagar mellan kl. 9.00 och 14.00.

PAD NR (STRECKKOD)

SKRIV EJ HÄR !

Region Örebro län
VO laboratoriemedicin
Klinisk patologi och genetik

För Provtagningsanvisningar se: https://provtagningsanvisningar.regionorebrolan.se/

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