Skriv ut

KLINISK GENETIK - Laboratorieremiss - Ny utredning

Rensa

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT

Personnummer:

Namn:

REMISSDATUM

TILL:
UNIVERSITETSSJUKHUSET ÖREBRO
VO LABORATORIEMEDICIN
KLINISK PATOLOGI OCH GENETIK
701 85 ÖREBRO

TFN: 019-602 36 43
FAX: 019-602 10 35

FAMILJENUMMER (om aktuellt): _____

INREMITTERANDE LÄKARE OCH TELEFONNUMMER

KLINISK DIAGNOS/ MISSTÄNKT DIAGNOS

INSÄNT PROV

Provtagningsdatum: _____ kl: _____

Signatur:_____

☐ Helblod EDTA (1 rör, 6 mL)

☐ Befintligt prov (ID): _____

☐ Extraherat DNA (ID): _____

☐ Annat material: _____

ÖNSKAD ANALYS/FRÅGESTÄLLNING

Benmärgstransplanterad Ja ☐ Nej ☐

Blodtransfusion senaste 3 månaderna Ja ☐ Nej ☐

Inskickande av remiss innebär att patienten ska vara informerad om vad genetisk testning innebär och att bifynd och/eller oklara varianter kan rapporteras i svaret

ANAMNES OCH FAMILJEHISTORIA

För innehåll i paneler och provtagningsanvisningar se Vårdgivarwebben: Provtagningsanvisningar

Sök på: Genetisk analys

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

PAD NR (STRECKKOD)

SKRIV EJ HÄR !

VO laboratoriemedicin Klinisk patologi och genetik
Universitetssjukhuset Örebro
Region Örebro län