

KLINISK GENETIK - Laboratorieremiss

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT		Personnummer: Namn: FAMILJENUMMER (om finns): _____	
REMISSDATUM			
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET ÖREBRO VO LABORATORIEMEDICIN KLINISK PATOLOGI OCH GENETIK 701 85 ÖREBRO TFN: 019-602 36 43 FAX: 019-602 10 35			
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 Benmärögstransplanterad 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			
KÄND GENETISK VARIANT I FAMILJEN Ja, var god ange: Personnummer/ProVID på index*:		PAD NR (STRECKKOD) SKRIV EJ HÄR !	
*Samtycke för att ge Klinisk genetik tillgång till indexpatientens journal inhämtas av remitterande klinik.			

För innehåll i paneler och provtagningsanvisningar se hemsidan:
<https://provtagningsanvisningar.regionorebrolan.se> - sök på "Genetisk analys"

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