

<b>SVAR TILL</b>		Ansvarsnr:		<b>PATIENT</b>	
Särskild debiteringsadress:		Remitterande <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Bm:		Namn och telefon till anhörig:	
<b>REMITTENTENS ANTECKNINGAR</b>			<b>BP SM:</b>		<b>Remissdatum:</b>
<b>Indikation:</b> <input type="checkbox"/> Ålder eller oro <input type="checkbox"/> KUB, risk f trisomi 21 1:                      trisomi 13/18 1: <input type="checkbox"/> NUPP: <input type="checkbox"/> Annan indikation/övrig information:			<input type="checkbox"/> Rh pos <input type="checkbox"/> Rh neg <b>Önskad analys:</b> <input type="checkbox"/> Val av analys/provtyp får beslutas vid provtagningen <input type="checkbox"/> QF-PCR 13, 18, 21, X, Y <input type="checkbox"/> NIPT <input type="checkbox"/> Kromosomanalys <input type="checkbox"/> Microarray <input type="checkbox"/> DNA-analys, specificera:		<input type="checkbox"/> Fostervatten <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> Annat:
<b>PROVTAGARENS ANTECKNINGAR</b>			<b>Vald analys:</b>		
Provtagare:		Sjukhus:		<input type="checkbox"/> Enligt önskemål ovan Vald istället för ovan önskad analys:	
Telefon (obligatoriskt):		<input type="checkbox"/> QF-PCR <input type="checkbox"/> Kromosomanalys <input type="checkbox"/> Microarray <input type="checkbox"/> NIPT			
<b>Övrig information:</b>  <b>Graviditetslängd:</b> <b>Provt.-datum:</b>			<b>Taget prov:</b> <input type="checkbox"/> Fostervatten <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> Placentabit <input type="checkbox"/> EDTA – blodprov från modern bifogas <input type="checkbox"/> Annat:		<b>Telefonbesked oavsett fynd avseende:</b> <input type="checkbox"/> QF-PCR <input type="checkbox"/> Annat: <input type="checkbox"/> <b>Patienten önskar brevsvar hemskickat till ovanstående adress vid normalt analysresultat</b> <i>Vid avvikande analysresultat kontaktar vi alltid provtagande läkare.</i>

**Biobankslagen.** Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter får sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.  
 Patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.  Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur.

<b>KLINISK GENETIKS ANTECKNINGAR</b>		Separat svar skickat:	
Ankomstdatum:		Telefonbesked till:	Datum:
Typ av prov:		Resultat:	
Annat:			
Rond		Prov:	
		Analys:	
		Labnr:	