

SVAR TILL		Ansvarsnr:		PATIENT	
Särskild debiteringsadress:				Namn:	
				Personnummer:	
				Adress:	
				Telefon:	
				Mobil:	
				Namn och telefon till anhörig:	
REMITTERANDE LÄKARE		Telefon			
<input type="checkbox"/> Akut analys		<input type="checkbox"/> Telefonbesked			
ÖNSKAD ANALYS		FRÅGESTÄLLNING OCH ANAMNES		Remissdatum:	
<input type="checkbox"/> Kromosomanalys <input type="checkbox"/> QF-PCR <input type="checkbox"/> Microarray Frågeformulär bör bifogas, se hemsida <input type="checkbox"/> Chimerism <input type="checkbox"/> DPD <input type="checkbox"/> Spara prov <input type="checkbox"/> Övriga analyser/gener Specificeras under frågeställning					
INSÄNT PROV					
Provtagningsdatum:					
Sign:					
<input type="checkbox"/> Blod heparin (kromosom, FISH)					
<input type="checkbox"/> Blod EDTA (microarray, QF, gener)					
<input type="checkbox"/> Blod för RNA-analys (PAX)					
<input type="checkbox"/> Extraherat DNA, ID-nr:					
<input type="checkbox"/> Annat:					
<i>Prov skickas till:</i> Klinisk Genetik SU/Sahlgrenska 413 45 Göteborg					
		ANNAN RELEVANT INDIVID			
		<input type="checkbox"/> Indexfall – vid känd sjukdom i familjen			
		<input type="checkbox"/> Partner – vid infertilitet/habituell abort.			
		Namn:		Personnummer:	
		Släktskap:		Testad var (lab):	

Biobankslagen. Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt. vårdnadshavaren/närstående) har informerats enligt biobankslagen och om att personuppgifterna sparas samt att patienten vill att provet ska sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

Patienten VILL INTE att provet sparas, för ett eller flera ändamål. NEJ-talong bifogas. Patienten är oförmögen att lämna samtycke att provet sparas tills vidare, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur.

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