

Avsändare

Patient: personnummer, efternamn, förnamn

<b>Kliniska data:</b>	Provtagningsdatum
	Remitterande läkare
	Provtagningsansvariges namn och telefonnr
	Debiteringsadress om annan än avsändaren

**Serum från gelrör/Guldgult**

**Infliximab (Remicade®) koncentration**

**Antikroppar mot Infliximab Remicade®)**

**Datum för senaste behandling:** \_\_\_\_\_

Läkemedelsdos given (mg): \_\_\_\_\_

Behandlingsintervall: \_\_\_\_\_ veckor

**Infliximab biosimilar (Remsima™) koncentration**

**Antikroppar mot Infliximab (Remsima™)**

**Datum för senaste behandling:** \_\_\_\_\_

Läkemedelsdos given (mg): \_\_\_\_\_

Behandlingsintervall: \_\_\_\_\_ veckor

**Infliximab biosimilar (Inflectra™) koncentration**

**Antikroppar mot Infliximab (Inflectra™)**

**Datum för senaste behandling:** \_\_\_\_\_

Läkemedelsdos given (mg): \_\_\_\_\_

Behandlingsintervall: \_\_\_\_\_ veckor

**Golimumab (Simponi®) koncentration**

**Antikroppar mot Golimumab (Simponi®)**

**Datum för senaste behandling:** \_\_\_\_\_

Läkemedelsdos given (mg): \_\_\_\_\_

Behandlingsintervall: \_\_\_\_\_ veckor

**Adalimumab (Humira®) koncentration**

**Antikroppar mot Adalimumab (Humira®)**

**Datum för senaste behandling:** \_\_\_\_\_

Läkemedelsdos given (mg): \_\_\_\_\_

Behandlingsintervall: \_\_\_\_\_ veckor

**Adalimumab biosimilar (Amgevita)**

**Antikroppar mot Adalimumab (Amgevita)**

**Datum för senaste behandling:** \_\_\_\_\_

Läkemedelsdos given (mg): \_\_\_\_\_

Behandlingsintervall: \_\_\_\_\_ veckor

# PROVTAGNING OCH TRANSPORT

## Provtagning

### Blod eller serum

Normal provåtgång är 4 mL blod (1 mL serum) per analys.

Flera analyser kan göras från samma rör.

Använd helst kapillär-rör vid liten provmängd.

Allt provmaterial sparas en viss tid.

Om vidare analys av ett tidigare insänt prov önskas, kontakta laboratoriet, 031-342 47 08.

### Kom ihåg

- **Fyll alltid i kliniska data och datum för senaste behandling!**
- Ange såväl remitterande läkare som provtagarens namn och telefonnummer
- Se till att ert telefonnummer syns på remissen och är aktuellt
- En remiss är tillräckligt, oavsett hur många analyser som beställs
- Kontakta gärna Immunologiska laboratoriet (342 18 87) vid oklarhet eller förfrågningar

### Inlämning av prover

Prover kan lämnas på Mikrobiologen, Guldhedsgatan 10 A, stora entrén.

Provmottagningen är belägen en halvtrappa upp på vänster sida.

## Öppettider

Immunologiska laboratoriet har öppet mellan 7.30 och 16.15 vardagar.

## Adress

Immunologiska laboratoriet

Box 7193

402 34 Göteborg

Besöksadress: Guldhedsgatan 10 A

## Telefon och faxnummer

Expedition, provsvar 031-342 49 17

Autoimmunavd. 031-342 47 08

Faxnummer 031-82 67 91

Hemsida: [www.sahlgrenska.se](http://www.sahlgrenska.se)

## Biobankslagen

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patient (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om- och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

- Nej, 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.