

Avsändare

Patient: personnummer, efternamn, förnamn

**Kliniska data:**

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 47 08) 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.