

Remitterande instans		Pat				
Tel nummer:						
Svarsmottagare (om annan än rem instans)		Då flera blodprov tagits i serie eller då urin samlats under flera dygn, skall proverna löpnummeras och motsvarande tidpunkt anges.				
Tel nummer:		Remiss.datum år mån dag				
		Provt.datum år mån dag		Rör 1, kl	2, kl	3, kl
		Blodprov Klockslag/rör		6, kl	7, kl	8, kl
		<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Samling <input type="checkbox"/> Stickprov		1	fr o m kl	t o m kl
		<input type="checkbox"/> Likvor <input type="checkbox"/> Amnionv <input type="checkbox"/> Saliv <input type="checkbox"/> Annat		2		
				3		
						Volym, L
Debitering <input type="checkbox"/> Beställaren = rem instans <input type="checkbox"/> Svarsmottagaren						
Biobankslagen Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/ närstående) har fått information om – och samtycker – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.		Anamnes, kliniska fynd, frågeställning: Rem.läkare				
Aktuell medicinering (inkl p-piller):						
<input type="checkbox"/> Glukosbelastning <input type="checkbox"/> Icke gravid <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Laktosintoleransutredning <input type="checkbox"/> Laktasgenotypning <input type="checkbox"/> Laktosbelastning						
<input type="checkbox"/> Iohexolclearance <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna		Längd		Vikt		
Injicerad mängd: mgJ/mL mL		Exakt provtagningstidpunkt Prov A		Belastningens längd		
Datum: Klockan:		Datum: Klockan:		min		
Senaste S-Kreatinin µmol/L Datum		Senaste GFR mL/min/1,73m ² Datum				
Information om utförandet, v. g. se bilaga "Provtagningsanvisningar för Iohexolclearance".						
Proteiner <input type="checkbox"/> S-Proteinfraktioner* <input type="checkbox"/> med immunfixation <input type="checkbox"/> tU-Proteinfraktioner <input type="checkbox"/> med immunfixation <input type="checkbox"/> S-Ceruloplasmin <input type="checkbox"/> S-ALP isoenzymer <input type="checkbox"/> S-C3+C4 <input type="checkbox"/> S-LD isoenzymer <input type="checkbox"/> S-Kryoglobulin <input type="checkbox"/> S-IgD (hyper-IgD syndrom) <input type="checkbox"/> S-Lipoproteinfraktioner <input type="checkbox"/> S-C1 esterasinhibitor		*S-Proteinfrakt: frågeställning <input type="checkbox"/> M-komponent? <input type="checkbox"/> Kontroll M-komponent? <input type="checkbox"/> Inflammation? <input type="checkbox"/> Anemiutredning/hemolys? <input type="checkbox"/> Alfa-1-antitrypsinbrist? <input type="checkbox"/> Immunglobulinbrist? <input type="checkbox"/> Komplementaktivering?		kliniska data <input type="checkbox"/> Myelom <input type="checkbox"/> Hög SR <input type="checkbox"/> Lymfom <input type="checkbox"/> Njursjukdom <input type="checkbox"/> MGUS <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Amyloidos <input type="checkbox"/> Kortisonterapi <input type="checkbox"/> Leversjukdom <input type="checkbox"/> Östrogen/p-piller <input type="checkbox"/> Reumatologisk sjukdom <input type="checkbox"/> Inflammatorisk tarmsjukdom		
Hormoner <input type="checkbox"/> tU-Kortisol <input type="checkbox"/> tU-Aldosteron <input type="checkbox"/> tU-VMA <input type="checkbox"/> tU-HVA <input type="checkbox"/> tU-Dopamin <input type="checkbox"/> tU-5HIAA <input type="checkbox"/> Saliv-Kortisol (morgonprov/kvällsprov) <input type="checkbox"/> tU-Metoxikatekolaminer <input type="checkbox"/> tU-Katekolaminer (Noradrenalin & Adrenalin) <input type="checkbox"/> Funktionsundersökning: typ, dosering, kl <input type="checkbox"/> P-Metoxikatekolaminer <input type="checkbox"/> P-Katekolaminer						
Annan undersökning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						