

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		
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. 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.		Anamnes, kliniska fynd, frågeställning: VGRid (Remitterade läkare):				
Aktuell medicinering (inkl p-piller):						
<input type="checkbox"/> Glukosbelastning <input type="checkbox"/> Icke gravid <input type="checkbox"/> Gravid						
Laktosintoleransutredning <input type="checkbox"/> Laktasgenotypning <input type="checkbox"/> Laktosbelastning						
Proteiner <input type="checkbox"/> S-Proteinbedömning* <input type="checkbox"/> IgG/A/M-Poly/M-komp <input type="checkbox"/> tU-Proteinbedömning (inklusive immunfixation) <input type="checkbox"/> A1AT-brist/inflammation/hemolys <input type="checkbox"/> S-Kryoglobulin <input type="checkbox"/> S-C3/C4 förbrukning/inflammation <input type="checkbox"/> S-LD isoenzymer <input type="checkbox"/> S-Ceruloplasmin <input type="checkbox"/> S-IgD (endast vid myelomfrågeställning) <input type="checkbox"/> S-Lipoproteinbedömning		*S-Proteinbedömning: frågeställning kliniska data <input type="checkbox"/> M-komponent? <input type="checkbox"/> Myelom <input type="checkbox"/> Hög SR <input type="checkbox"/> Kontroll M-komponent? <input type="checkbox"/> Lymfom <input type="checkbox"/> Njursjukdom <input type="checkbox"/> Inflammation? <input type="checkbox"/> MGUS <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Anemiutredning/hemolys? <input type="checkbox"/> Amyloidos <input type="checkbox"/> Kortisonterapi <input type="checkbox"/> Alfa-1-antitrypsinbrist? <input type="checkbox"/> Leversjukdom <input type="checkbox"/> Östrogen/p-piller <input type="checkbox"/> Immunglobulinbrist? <input type="checkbox"/> Reumatologisk sjukdom <input type="checkbox"/> Komplementaktivering? <input type="checkbox"/> Inflammatorisk tarmsjukdom				
Hormoner <input type="checkbox"/> P-Metoxikatekolaminer (3-MNA & 3-MA) <input type="checkbox"/> S-5HIAA <input type="checkbox"/> P-17-alfa-Hydroxiprogesteron <input type="checkbox"/> P-Metoxityramin (3-MT) <input type="checkbox"/> tU-5HIAA <input type="checkbox"/> P-Testosteron, högkänslig <input type="checkbox"/> tU-Metoxikatekolaminer (okonjugerade) <input type="checkbox"/> tU-VMA <input type="checkbox"/> P-Östradiol, högkänslig <input type="checkbox"/> Saliv-Kortisol (morgonprov/kvällsprov) <input type="checkbox"/> tU-HVA <input type="checkbox"/> P-Androstendion <input type="checkbox"/> tU-Kortisol <input type="checkbox"/> tU-Aldosteron						
<input type="checkbox"/> Funktionsundersökning: typ, dosering, kl						
Annan undersökning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						