Inremitterande inrättning (fullständig adress)

Patient: personnummer, (10 siffror), namn, adress

Inremitterande läkare, namn och telefon:

SKRIV INTE
I GULA FÄLT

Inremitterande klinik:	**Ange ansvarsnummer**
Debiteras:	
Svarsmottagande klinik:	
Extra svarskopia till:	

☐ **Snabbsvar till tfn:** _____

PAD: ☐ Lymfom ☐ Gyn ☐ Urologi ☐ Mag/tarm ☐ Bröst ☐ Hud Övrigt: _____

Fixering: ☐ Formaldehyd ☐ Ofixerat Klockslag för fixering: _____ ☐ Njurbiopsivätska ☐ Annan fixering: _____

Begärd undersökning:

- ☐ Fryssnitt till tfn: _____
- ☐ Molekylärpatologisk
- ☐ Transplantation ☐ Eftergranskning
- ☐ Studieprov ☐ Komplettering
- ☐ Rond ☐ PAD

Märkning och numrering på burkar/klossar/glas sammanlagt antal _____

Klinisk data, frågeställning:

☐ Inget biobanksmaterial inskickat

Datum Inremitterande läkare

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) informerats om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.
Ett kryss nedan skall göras om patienten inte samtycker.

☐ Patienten samtycker inte till att prov sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.

☐ Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

Laboratoriets anteckningar (Skriv inte i markerade fält. Remissen databehandlas)

Preparatkod	
Kostn.grupp	Sign
Antal kloss	Sign
Storsn. kloss	Sign
Antal glas	Sign
Storsn. glas	Sign

☐ EM
☐ Foto
☐ IF
☐ Imprint
☐ Material -70°
☐ Annat

☐ Inlämn sign

SWEDAC ACKREDITERING 1240 ISO 15189

Laboratoriet för klinisk patologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

www.sahlgrenska.se/patologi

Skriv ut

Tel Sekretariat 031 - 342 12 02
Tel Baslab 031 - 342 15 16
Fax 031 - 82 37 15

REMISS PAD Sahlgrenska universitetssjukhuset PATOLOGI

REMISS PAD Sahlgrenska universitetssjukhuset PATOLOGI