

SVAR TILL		Ansvarsnr:		PATIENT	
Särskild debiteringsadress:				Namn:	
				Personnummer:	
				Adress:	
				Telefon:	
				Mobil:	
REMITTERANDE LÄKARE		Telefon		Namn och telefon till anhörig:	
<input type="checkbox"/> Akut analys		<input type="checkbox"/> Telefonbesked			
ÖNSKAD ANALYS		FRÅGESTÄLLNING OCH ANAMNES		Remissdatum:	
<input type="checkbox"/> Kromosomanalys <input type="checkbox"/> QF-PCR <input type="checkbox"/> Microarray Frågeformulär bör bifogas, se hemsida <input type="checkbox"/> Chimerism <input type="checkbox"/> DPD <input type="checkbox"/> Spara prov <input type="checkbox"/> Övriga analyser/gener Specificeras under frågeställning					
INSÄNT PROV					
Provtagningsdatum:					
Sign:					
<input type="checkbox"/> Blod heparin (kromosom, FISH)					
<input type="checkbox"/> Blod EDTA (microarray, QF, gener)					
<input type="checkbox"/> Blod för RNA-analys (PAX)					
<input type="checkbox"/> Extraherat DNA, ID-nr:					
<input type="checkbox"/> Annat:					
<i>Prov skickas till:</i> Klinisk Genetik SU/Sahlgrenska 413 45 Göteborg		ANNAN RELEVANT INDIVID			
		<input type="checkbox"/> Indexfall – vid känd sjukdom i familjen			
		<input type="checkbox"/> Partner – vid infertilitet/habituell abort.			
		Namn:		Personnummer:	
		Släktskap:		Testad var (lab):	

Biobankslagen. Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter får sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.
 Patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talung bifogas. Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur.

KLINISK GENETIKS ANTECKNINGAR		Separat svar skickat:	
Ankomstdatum:		Telefonbesked till: Datum:	
Typ av prov:		Resultat:	
Annat:			
Rond		Prov:	
		Analys:	
		Labnr:	