Formuläret kan fyllas i med penna eller på dator. Alla datum anges med åtta siffror enligt ÅÅÅÅ-MM-DD. Version 9.3

Sahlgrenska universitetssjukhuset, Klinisk genetik
POSTADRESS 413 45 GÖTEBORG
TELEFON växel 031-342 00 00, direkt 031-343 42 06, TELEFAX 031-84 21 60

Svar till: **Ansvarsnr:**

Särskild debiteringsadress:

Remitterande ☐ Läkare ☐ Bm:

Patient

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefon:

Mobil:

Namn och telefon till anhörig:

Remittentens anteckningar

Indikation:

☐ Ålder eller oro
☐ KUB, risk f trisomi 21 1: trisomi 13/18 1:
☐ NUPP:
☐ Känd ärftlig sjukdom; ange släktskap och ev. indexperson nedan
☐ Annat

Övrig information:

BP SM: **Ifyllt** (datum):

Önskad analys:

☐ Val av analys/provtyp får beslutas vid provtagningen
☐ QF-PCR 13, 18, 21, X, Y
☐ Kromosomanalys
☐ DNA-analys, specificera:
☐ Annat:

Önskad provtyp:

☐ Fostervatten
☐ CVS
☐ Annat:

Provtagarens anteckningar

Provtagare: Sjukhus:

Telefon (obligatoriskt):

Övrig information:

Graviditetslängd: Provt.-datum:

Vald analys:

☐ Enligt önskemål ovan

Vald istället för ovan önskad analys:

☐ QF-PCR ☐ Kromosomanalys

Taget prov:

☐ Fostervatten ☐ CVS
☐ Placentabit ☐ EDTA – blodprov från modern bifogas
☐ Annat:
☐ **Telefonbesked önskas även vid normalt fynd**
☐ **Patienten önskar brevsvar hemskickat till ovanstående adress vid normalt analysresultat**

Brevsvar till patient skickas inte om ultraljudsavvikelse har angetts. Vid avvikande analysresultat kontaktar vi alltid provtagande läkare.

Biobankslagen. Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavaren/närstående) har informerats enligt biobankslagen och om att personuppgifterna sparas samt att patienten vill att provet ska sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. ☐ Patienten VILL INTE att provet sparas, för ett eller flera ändamål. NEJ- talong bifogas. ☐ Patienten är oförmögen att lämna samtycke att provet sparas tills vidare. Provordinerande personals signatur:

Klin. genetiks anteckningar Ankomstdatum:

Typ av prov:

Annat:

Resultat, se bifogat svar

Telefonbesked till: Datum:

Resultat:

Sign:

Rond

Prov:

Labnr:

Sign:

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Mer information samt anvisningar finns på vår hemsida www.sahlgrenska.se/su/kliniskgenetik