

Formuläret kan fyllas i med penna eller på dator. Datum skall skrivas med åtta siffror som ÅÅÅÅ-MM-DD

Version 9.2

Sahlgrenska universitetssjukhuset, Klinisk genetik
POSTADRESS: 413 45 GÖTEBORG
TELEFON växel 031-342 00 00, direkt 031-343 42 06, TELEFAX 031-84 21 80

Svar till		Ansvarsnr:		Patient	
Särskild debiteringsadress:		Remitterande läkare:		Namn:	
				Personnummer:	
				Adress:	
				Telefon:	
				Mobil:	
				Namn och telefon till anhörig:	
Önskad analys		Frågeställning och anamnes		Ifyllt (datum):	
<input type="checkbox"/> Kromosomanalys <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> SNP array (molekylär karyotypering) Frågeformulär bör bifogas, se hemsida <input type="checkbox"/> Vidarebefordran av prov/DNA <input type="checkbox"/> följebrev bifogas <input type="checkbox"/> Chimerismstatus <input type="checkbox"/> DPD (5FU-överkänslighet) <input type="checkbox"/> Spara prov <input type="checkbox"/> Anlagsbärartest/presymtomatisk test <input type="checkbox"/> Annat:					
Insänt prov (se vår hemsida för provtagningsanvisningar samt prislistan för typ av prov för respektive analys)		Provtagningsdatum:		Sign:	
<input type="checkbox"/> Blod heparin <input type="checkbox"/> Blod EDTA <input type="checkbox"/> Blod för RNA-analys (PAX-rör eller motsvarande) <input type="checkbox"/> Fibroblaster, hud, muskel, etc. <input type="checkbox"/> Extraherat DNA, ID-nr: <input type="checkbox"/> Annat:		<input type="checkbox"/> Känd sjukdom i familjen, ange för indexfall: Namn: _____ Persnr: _____ Släktskap: _____ Testad var (lab): _____ <input type="checkbox"/> Infertilitetsutredning/habituell abort; Partners namn och personnummer: _____		<input type="checkbox"/> Akut analys. Kontakta Klinisk genetik per telefon 031-343 57 70 <input type="checkbox"/> Telefonbesked önskas till (telefonnummer): _____	
<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten VILL INTE att provet sparas, för ett eller flera ändamål. NEJ- talong bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är oförmögen att lämna samtycke att provet sparas tills vidare, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur</p>					
Klin. genetik		Ankomstdatum:		Resultat , se bifogat svar	
Typ av prov:		Annat:		Telefonbesked till: _____ Datum: _____	
				Resultat: _____	
				Sign: _____	
Rond				Prov:	
				Analys: _____ Sign: _____	
				Labnr: _____	