

S-GH vid AITT remiss



Avsändare och tel nr avd/mott: Läkare:	Patient id:
AITT start Datum: Klockslag: Längd: Vikt: Provtagare:	Pubertet ej bedömt <input type="checkbox"/> Testikelvolym (mL): hö: vä: PH (1-5): Bröst (1-5): Menarke (datum):
Nutritionsstatus: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> låg <input type="checkbox"/> hög Pågående akut sjukdom: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Pågående medicinering: Pågår GH-behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Senaste GH injektion datum: Klockslag:	Biobankslagen Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) fått information om -och samtycker till- att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.
Anledning till provtagning:	
Laboratoriets anteckningar:	

Provtagning mm: www.sahlgrenska.se vidare till "Vårdgivare", "Laboratorier" och "Tillväxtlaboratoriet"

Adress: Tillväxtlaboratoriet, Vitaminvägen 21, Östra sjukhuset, 416 50 GÖTEBORG
 Telefon: 031-343 47 93 Fax: 031-84 89 52