

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:		Namn: Personnummer: Adress: Telefon: Mobil:
Remitterande läkare:		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)	<input type="checkbox"/> Känd sjukdom i familjen, ange för indexfall:
Provtagningsdatum: Sign:	Namn: Persnr:
<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:	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):

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, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur

Klin. genetik anteckningar	Ankomstdatum:	Resultat , se bifogat svar
Typ av prov:		Telefonbesked till: Datum:
Annat:		Resultat:
		Sign:

Rond	Prov:
	Analys: Sign:
	Labnr:

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