

KLINISK GENETIK - Laboratorieremiss

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT	Personnummer: Namn:
REMISSDATUM	FAMILJENUMMER (om finns) _____
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET ÖREBRO VERKSAMHETSOMRÅDE LABORATORIEMEDICIN TFN: 019-6023643 KLINISK PATOLOGI OCH GENETIK FAX: 019-6021035 701 85 ÖREBRO	
INREMITTERANDE LÄKARE OCH TELEFONNUMMER	KLINISK DIAGNOS/ MISSTÄNKT DIAGNOS
INSÄNT PROV Provtagningsdatum: _____ kl: _____ Signatur: _____ Helblod EDTA (1 rör, 6 mL) Befintligt prov (ID): _____ Extraherat DNA (ID): _____ Annat material: _____	ÖNSKAD ANALYS/FRÅGESTÄLLNING Benmärögstransplanterad Ja Nej Blodtransfusion senaste 3 månaderna Ja Nej
ANAMNES OCH FAMILJEHISTORIA	
KÄND GENETISK VARIANT I FAMILJEN Ja, var god ange: Personnummer/ProvID på index*:	PAD NR (STRECKKOD) <div style="text-align: center; font-size: 2em; color: gray;">SKRIV EJ HÄR !</div>
* Samtycke för att ge Klinisk etik tillgång till indexpatientens journal inhämtas av remitterande klinik.	

För innehåll i paneler och provtagningsanvisningar se hemsidan:
www.regionorebrolan.se/uso/labmed. Sök på "Genetisk analys".

För biobanksinformation se: <https://biobanksverige.se/>