

Beställare (adress) Kombikod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Patientidentitet Personnummer/reservnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Remitterande läkare		Provtagningsdatum och -tid kl. <input type="checkbox"/> Blodsmitta	
Betalare (om annan än beställare) (adress) Kombikod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Provmaterial <input type="checkbox"/> Urin, stickprov <input type="checkbox"/> Urinsamling: Volym.....mL Starttid.....kl..... Sluttid.....kl..... <input type="checkbox"/> 24 tim <input type="checkbox"/> Heparinplasma (Na eller Li) <input type="checkbox"/> EDTA-blod <input type="checkbox"/>	Plats för Nr-etikett
Originalsvarsmottagare (om annan än beställaren som då får en svarskopia) Elektroniskt svar skickas till TakeCare-kunder. Kombikod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Patientsamtycke Inskickandet av denna remiss bekräftar att patient/vårdnadshavare fått information om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Nej. Patient/vårdnadshavare samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong skickas in. <input type="checkbox"/> Oförmögen. Patient/vårdnadshavare är för närvarande oförmögen att lämna samtycke.	
		<input type="checkbox"/> Akut tillstånd Direkt telnr:.....	

Typ av frågeställning

Patient under utredning Behandling-/terapikontroll på diagnostiserad patient Släkting till diagnostiserad patient (ange släktskap)

Medicinering, ange typ och senaste dostillfälle:
 Ingen medicinering

METABOLUTREDNING, kliniska data för PORFYRIUTREDNING eller CAH DYGNSPROFIL använd separata remisser (se www.karolinska.se/lab/remisser)

<input type="checkbox"/> Välmående	<input type="checkbox"/> Konsanguinitet	<input type="checkbox"/> Ataxi	<input type="checkbox"/> Hemolys
<input type="checkbox"/> Pågående infektion	<input type="checkbox"/> Debutålder	<input type="checkbox"/> Hypertonus/spasticitet	<input type="checkbox"/> Vakuoliserade lymfocyter
<input type="checkbox"/> Tid sedan senaste måltid:.....t	<input type="checkbox"/> Dålig tillväxt, längd	<input type="checkbox"/> Hypotonus	<input type="checkbox"/> Hyperglykemi
<input type="checkbox"/> Acidos	<input type="checkbox"/> Dålig tillväxt, vikt	<input type="checkbox"/> Dystrofisk muskulatur	<input type="checkbox"/> Hyperammonemi
<input type="checkbox"/> Hypoglykemi	<input type="checkbox"/> Dålig tillväxt, huvudomfång	<input type="checkbox"/> Nystagmus	<input type="checkbox"/> Peroral nutrition
<input type="checkbox"/> Kramper	<input type="checkbox"/> Makrocefali	<input type="checkbox"/> Koreoatetos	<input type="checkbox"/> Parenteral nutrition
<input type="checkbox"/> Glukosdropp	<input type="checkbox"/> Mikrocefali	<input type="checkbox"/> Cerebral atrofi	<input type="checkbox"/> Näringspreparat
<input type="checkbox"/> Letargi/koma	<input type="checkbox"/> Splenomegali	<input type="checkbox"/> Avvikande beteende	<input type="checkbox"/> Gravid,v
<input type="checkbox"/> Sjuka/döda syskon	<input type="checkbox"/> Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/> Malabsorption	<input type="checkbox"/> Uppföljning av nyföddhetscreening
<input type="checkbox"/> Dysmorfa drag	<input type="checkbox"/> Kardiomyopati	<input type="checkbox"/> Skelettförändringar	
<input type="checkbox"/> Hepatomegali	<input type="checkbox"/> Hudförändringar,.....	<input type="checkbox"/> Anemi	
<input type="checkbox"/> MR-förändringar, hjärna	<input type="checkbox"/> Ögonförändringar,.....	<input type="checkbox"/> Leukopeni	
Sjukdomsförlopp:	<input type="checkbox"/> Psykomotorisk retardation	<input type="checkbox"/> Trombocytopeni	Övrigt, skriv i rutan nedan
<input type="checkbox"/> progressivt <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> stabilt			

Övriga kliniska data och önskemål/frågeställning/diagnos/släktskap