

Remitterande instans	Pat
Tel nummer:	

Svarsmottagare (om annan än rem instans)	Då flera blodprov tagits i serie eller då urin samlats under flera dygn, skall proverna löpnummeras och motsvarande tidpunkt anges.					
Tel nummer:	Remiss.datum är   mån   dag					
	Provt.datum är   mån   dag	Rör 1, kl	2, kl	3, kl	4, kl	5, kl
	Blodprov Klockslag/rör	6, kl	7, kl	8, kl	9, kl	10, kl

Debitering	<input type="checkbox"/> Urin Samling Stickprov  <input type="checkbox"/> Likvor <input type="checkbox"/> Amnionv <input type="checkbox"/> Annat	1	fr o m kl	t o m kl	Volym, L
<input type="checkbox"/> Beställaren = rem instans <input type="checkbox"/> Svarsmottagaren		2			
		3			

**Biobankslagen**

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/ närstående) har fått information om – och samtycker – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

**Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas**

**Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.**

**Anamnes, kliniska fynd, frågeställning:**

Rem.läkare

Aktuell medicinering (inkl p-piller):

<input type="checkbox"/> Glukosbelastning	<input type="checkbox"/> Icke gravid	<input type="checkbox"/> Gravid
<input type="checkbox"/> Laktosintoleransutredning	<input type="checkbox"/> Laktasgenotypning	<input type="checkbox"/> Laktosbelastning

<input type="checkbox"/> Iohexolclearance	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna	Längd	Vikt
---	------------------------------	---------------------------------	-------	------

Injicerad mängd:	Exakt provtagningstidpunkt Prov A	Belastningens längd
mgJ/mL                      mL		min
Datum:                      Klockan:	Datum:                      Klockan:	

Senaste S-Kreatinin	Senaste GFR
µmol/L Datum	mL/min/1,73m <sup>2</sup> Datum

Information om utförandet, v. g. se bilaga "Provtagningsanvisningar för Iohexolclearance".

<b>Proteiner</b> <input type="checkbox"/> S-Proteinfraktioner* <input type="checkbox"/> med immunfixation <input type="checkbox"/> tU-Proteinfraktioner <input type="checkbox"/> med immunfixation <input type="checkbox"/> S-Ceruloplasmin <input type="checkbox"/> S-ALP isoenzymer <input type="checkbox"/> S-C3+C4 <input type="checkbox"/> S-LD isoenzymer <input type="checkbox"/> S-Kryoglobulin <input type="checkbox"/> S-IgD (hyper-IgD syndrom) <input type="checkbox"/> S-Lipoproteinfraktioner <input type="checkbox"/> S-C1 esterasinhibitor	<b>*S-Proteinfrakt: frågeställning</b> <input type="checkbox"/> M-komponent? <input type="checkbox"/> Kontroll M-komponent? <input type="checkbox"/> Inflammation? <input type="checkbox"/> Anemiutredning/hemolys? <input type="checkbox"/> Alfa-1-antitrypsinbrist? <input type="checkbox"/> Immunglobulinbrist? <input type="checkbox"/> Komplementaktivering?	<b>kliniska data</b> <input type="checkbox"/> Myelom <input type="checkbox"/> Hög SR <input type="checkbox"/> Lymfom <input type="checkbox"/> Njursjukdom <input type="checkbox"/> MGUS <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Amyloidos <input type="checkbox"/> Kortisonterapi <input type="checkbox"/> Leversjukdom <input type="checkbox"/> Östrogen/p-piller <input type="checkbox"/> Reumatologisk sjukdom <input type="checkbox"/> Inflammatorisk tarmsjukdom
--	--	---

<b>Hormoner</b> <input type="checkbox"/> tU-Kortisol <input type="checkbox"/> tU-Aldosteron <input type="checkbox"/> tU-VMA <input type="checkbox"/> tU-HVA <input type="checkbox"/> tU-Dopamin <input type="checkbox"/> tU-5HIAA <input type="checkbox"/> Funktionsundersökning: typ, dosering, kl <input type="checkbox"/> tU-Metoxikatekolaminer <input type="checkbox"/> tU-Katekolaminer (Noradrenalin & Adrenalin) <input type="checkbox"/> P-Metoxikatekolaminer <input type="checkbox"/> P-Katekolaminer
---

Annan undersökning

.....  .....