Beställare (adress)

Kombikakod

Remitterande läkare

Patientidentitet

Personnummer/reservnummer

Provtagningsdatum och -tid

.....kl.....

☐ **Blodsmitta**

Betalare **(om annan än beställare)** (adress)

Kombikakod

Provmaterial
(se www.karolinska.se/provtagningsanvisningar)
☐ **Urin, stickprov**
☐ **Urinsamling:** Volym.....mL
Starttid.....kl.....
Sluttid.....kl..... ☐ 24 tim
☐ **Heparinplasma (Na eller Li)**
☐ **EDTA-blod**
☐ .....

Plats för Nr-etikett

Originalsvarsmottagare (om annan än beställaren som då får en svarskopia) **Elektroniskt svar skickas till TakeCare-kunder.**

Kombikakod

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.

☐ Nej. Patient/vårdnadshavare samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong skickas in.

☐ Oförmögen. Patient/vårdnadshavare är för närvarande oförmögen att lämna samtycke.

☐ **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)

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

Övriga kliniska data och önskemål/frågeställning/diagnos/släktskap

Se www.karolinska.se/provtagningsanvisningar för gällande provtagningsanvisningar

Centrum för medfödda metabola sjukdomar
Metabolutredning

CMMS, Provinlämningen L2:00, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, 171 64 Stockholm
Tel: 08-517 719 99 e-post: cmms.karolinska@sll.se hemsida: www.karolinska.se/lab/cmms

KAROLINSKA UNIVERSITETSLABORATORIET