

Genetik, hemofili screening (diagnostisk analys)

Svar till, ange Kundkod

Remittent, ange RSid eller annat id

Patient-ID och namn, skriv eller använd etikett

Telefon nr:

Om annan ska debiteras, ange Kundkod

Remittent, namn:

Svarkopia till, ange Kundkod

Provtyp:
EDTA-blod
Kindsrap
Extraherat DNA, ange från vilken vävnad:

RESERVERAD plats för laboratoriets etikett

Hemofili, genetisk screening (diagnostisk analys, ingen känd familjär variant)

Önskad genetisk analys:

Biologiskt kön:

Familjenummer (om känt):

Screening av F8-genen

Kvinna

Screening av F9-genen

Man

Typ av hemofili:

Koagulantaktivitet:

Antikroppar mot FVIII / FIX ?

Hemofilins svårighetsgrad:

Hemofili A

FVIII:C

Ja

Svår

Hemofili B

FIX:C

Nej

Moderat

Mild

Övrig anamnes (inklusive eventuella familjemedlemmar med hemofili):

Provtagningsdatum, tidpunkt:

Provtagarens namnunderskrift:

Provtagarens RSID el motsvarande:

Biobanken, inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om och samtycker till – 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.

En "nej-talong" har skickats in, hämtas på www.rbcsyd.se

☐ Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

2024593735

