

Remiss: patologi - kärlanomalier

Svar till, ange remittentens Kundcod

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Telefon nr:

Om annan ska debiteras, ange Kundcod

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Remittent, ange RSid eller annat id

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Patient-ID och namn, skriv eller använd etikett

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Remissanledning

Hälsovård Standardiserat vårdförföllp

Svarskopia till, ange Kundcod

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|



Medfödd lesion: Ja Nej Åldern vid uppkomst:.....

Multipla lesioner: Ja Nej

Lokalisation:.....

Klinisk diagnos (+bilder):.....

Om infantilt hemangiom, kliniska tecken till regression: Ja Nej

Radiologisk undersökning (ultraljud, MR): Ja, vilken:..... Nej

RESERVERAD plats för
laboratoriets etikett

Anmälan till kärlronden:
 Ja, datum:..... Nej, om önskemål: centrumkarlanomalier@skane.se

Snabbsvar

Tel nr:.....

Ytterligare anamnes (tidigare behandling, gammal PAD-nr för eftergranskning):

Studiepatient Ja Nej

.....
Tidpunkt och datum
i formalin

20..... - -

Önskemål för mutationsanalys: kontakta Klinisk patologi Malmö 040-33 14 02

eller Patologi.Malmö@skane.se

Provet skickas till Klinisk patologi i Malmö till vederbörande patolog.

| | |
|-----------------------------|--|
| Antal skickade burkar | |
|-----------------------------|--|

Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande

RSID

Laboratoriets interna anteckningar

Uppackning
och
kontroll

Diagnostiker

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.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

1925365113

Labmedicin Klinisk patologi

251 87 Helsingborg 042 - 406 19 77
291 85 Kristianstad 044 - 309 19 70
221 85 Lund 046 - 17 35 10
205 02 Malmö 040 - 33 14 02

