Remiss: patologi - kärlanomalier

Svar till, ange remittentens Kundkod

Telefon nr:

Om annan ska debiteras, ange Kundkod

Remittent, ange RSid eller annat id

Remissanledning

☐ Hälsovård ☐ **Standardiserat vårdförlopp**

Svarskopia till, ange Kundkod

Patient-ID och namn, skriv eller använd etikett

RESERVERAD plats för laboratoriets etikett

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

Anmälan till kärlronden:

☐ Ja, datum:..... ☐ Nej, om önskemål: centrumkarlanomalier@skane.se

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

☐ **Snabbsvar**

Tel nr.....

Studiepatient ☐ Ja ☐ Nej

.....

Tidpunkt och datum i formalin

20..... - ..... - .....

Kl..... : .....

Önskemål för mutationsanalys: kontakta Klinisk patologi Lund 046-17 35 10

eller Reception.PatologiLund@skane.se

Provet skickas till Klinisk patologi i Lund 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

REGION SKÅNE