

Anvisning

Märkning av remiss och provbehållare

① Identitet

Ange fullständigt namn och personnummer (12 tecken, t.ex. 19 ÅÅMMDD-XXXX).
Fosteridentitet anges som "Ofött barn till"

Moderns namn och personnummer

② Etniskt ursprung

Ange om möjligt patientens etniska ursprung. Informationen är inte obligatorisk men av stor vikt i samband med genomisk typning, framför allt inom ABO- och Rh-systemen då stora genetiska skillnader förekommer mellan olika befolkningar. I vissa populationer kan sällsynta diskrepanser förekomma mellan genotypningsresultat och serologisk fenotyp.

③ Antikroppar

Ange alla irreguljära blodgruppsantikroppar även om patienten har antikroppar mot antigen inom annat blodgruppssystem än det där analys önskas. Komplettera ev. med resultat från senast utförd titer eller kvantitering.

Om fostervattenprov skickas ska moderns antikroppar anges.

④ Provmaterial

Om färdigpreparerat DNA skickas, ange ursprung (vilken vävnad eller dylikt).

Om annat provmaterial skickas, ange vilket.

⑤ Fenotyp

Ange gärna fenotyp med graderade reaktioner eller bifoga kopia på protokoll.

Om fostervattenprov skickas separat anges moderns fenotyp.

⑥ Genotyp

Ange information om ev. tidigare utförd genotyp.

⑦ Önskad analys

Markera önskad analys alternativt ange andra önskemål.

⑧ Provtagning

Perifert blodprov ska tas i ett-två 6 mL-rör med EDTA- eller ACD-tillsats enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Öppna inte provet efter provtagning!

Detta är extra viktigt om analys av foster-DNA i moderns plasma ska utföras.

Fostervatten ska tas i sterilt rör/flaska utan tillsats. En provvolym om ca 5-10 mL är önskvärt.

Transport/Adress

Skickas med nästa transport och måste nå oss inom 5 dygn efter provtagning.

Adressera kuvertet: **Blodgruppsgenomisk typning (KIT)**
Klinikgatan 23
221 85 Lund

Frågor?

Kontakta i första hand:

Exp. tel. nr. 046-17 32 72

Kontakta i andra hand:

Jourhavande läkare via tel. nr. 046-17 32 20 / 17 32 10

Om e-postkontakt önskas, använd någon av följande adresser:

asa.hellberg@skane.se (i 1:a hand) eller martin.l.olsson@med.lu.se

Remiss: DNA-typning – blodgrupps- och trombocytantigen

Svar till, ange remittentens Kundkod

Telefon nr

Om annan ska debiteras, ange Kundkod

Remittent, ange RSid eller annat id

Remissanledning om ej sjukdom

Hälsovård

Svarskopia till, ange Kundkod

Patient-ID och namn, skriv eller använd etikett

 -

Kontaktperson

Telefon

Fax

Position för Laboratoriets etikett

Etniskt/geografiskt ursprung ②			Obstetrisk historik	Graviditeter	Barn	Gravid nu? Vecka		
Tidigare transfusion	Nej	Ja	Blodgrupps-antikroppar ③	Nej	Ja	Specificitet(er):		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Provmaterial ④	Maternellt blod för analys av foster-DNA							
Markera med X alt. beskriv vilket	Perifert blod	(OBS! V.g. använd avsedd remiss för RHD-screen)	Foster-vatten	Annat (beskriv)	Om DNA, preparerat ur vad?			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
Fenotyp ⑤	ABO	RhD	Ytterligare information om blodgruppsfenotyp					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Genotyp ⑥	Ev. redan tillgänglig genotyp:							
	<input type="text"/>							
Önskad analys ⑦ (markera med kryss)	ABO inkl. flödescytometri	RHD	RHCE	RHD-zygositet	FY (t.ex. vid etnisk neutropeni)	JK	KEL	MNS (S/s)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FUT2 (sekretorstatus)	P ¹ /P ²	VEL	Trombocytantigen (Human Platelet Antigens HPA)				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HPA-1a/b	HPA-2a/b	HPA-3a/b	HPA-5a/b	HPA-15a/b
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyspaket	RHCE, FY, JK, MNS, KEL, DI, DO, CO, YT, LU		RHD inkl. zygositet, RHCE, FY, JK, MNS, KEL, DI, DO, CO, YT, LU		Högfrekvensantigen-screen (Co ^a , HPA-1a, Lu ^b Sc1, Vel)		Övrig genotyp	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Provtagning (Se remissens baksida) ⑧	Klinisk information och frågeställning							
Datum								
Namnunderskrift ID-kontroll utförd enligt gällande föreskrifter								
Namnförtydligande								
Biobanken: Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt. Vårdnadshavare/närstående) har fått information om och samtycker till att provet och tillhörande personuppgifter kan komma att sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.								
<input type="checkbox"/> Nej , patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. En "nej-talong" har skickats in.								
<input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.								