

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: **Labmedicin, Klinisk immunologi och transfusionsmedicin,
Blodgruppsgenomisk typning
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@med.lu.se eller Martin.L.Olsson@med.lu.se

Remiss: DNA-typning - blodgruppsantigen

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			
	Nej Ja Datum:		Nej Ja	Specificitet(er):				
Tidigare transfusion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blodgrupps-antikroppar ③	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fenotyp ⑤	ABO RhD	Ytterligare information om blodgruppsfenotyp						
	<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	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 (Sekretor?)	P1/P2	CO	DO	VEL	DI	YT	LU
	<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	Transfusions-genotyp (RHCE, FY, JK, MNS, KEL, DI, DO, CO, YT, LU)	Testerytocyter (RHD, RHCE, FY, JK, MNS, KEL, DI, DO, CO, YT, LU)	Högfrekvensantigen (Co ^a , HPA1a, Lu ^b , Sc1, Vel)	Övrig genotyp				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Provtagning ID-kontroll utförd enligt gällande föreskrifter (Se remissens baksida) ⑧	Klinisk information och frågeställning							
Datum	Provtagarens underskrift							

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.

- Nej**, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. En "nej-talong" har skickats in.
- Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.