Remiss: Prenatal genetisk analys
- medföljande föräldraprov

Till:
Klinisk genetik
221 85 LUND

Personnummer, namn:

Remitterande mottagning:

Remitterande läkare:

Inrem kundkod / MG-kod (för svar):

Remissdatum:

Provtagning:

☒ **Blodprov (7 ml) i EDTA-rör**

Skickas direkt till ovanstående adress.
Får ej centrifugeras eller frysas!

Plats för laboratoriets etikett

Föräldraprov tillhörande fosteranalys hos:

☐ Patienten

☐ Partner Namn _____

Personnummer/reservnummer

								-				

☐ Foster Personnummer/reservnummer

								-				

Anamnes/frågeställning (eventuella symtom hos förälder/annan släkthistoria) :

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**, provgivaren 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.

Vid frågor om provtagning (endast från sjukvården)
Provmottagning lab: 046-17 63 68

REGION SKÅNE