

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:

Blodgruppsgenomik

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin

Akutgatan 8

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: Blodgrupps- och trombocytantigen, DNA-typning

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 | Specificitet(er): | | |
| Tidigare transfusion | Nej | Ja | Datum: | | | | | |
| | <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"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Fenotyp ⑤ | ABO | RhD | Ytterligare information om blodgruppsfenotyp | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Genotyp ⑥ | Ev. redan tillgänglig genotyp: | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 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"/> |
| Analyspaket | FUT2 (sekretorstatus) | P ¹ /P ² | VEL | Trombocytantigen (Human Platelet Antigen 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 |
| | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Provtagning (Se remissens baksida) ⑧ | Datum | | | Klinisk information och frågeställning | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Namnförtydligande | | | | | | | |
| | Namnunderskrift ID-kontroll utförd enligt gällande föreskrifter | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin, Blodgruppsgenetik, Akutgatan 8, 221 85 Lund