

Remiss SEROLOGI/IMMUNOLOGI

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Beställare / Svaremottagare Streckkodsetikett | | Svaremottagare (om annan än beställare) Namn och adress | | Patientidentitet (personnummer och namn) Streckkodsetikett | |
| Debiteras (om annan än beställare) | | | | RID/LID | |
| Provtagningsenhet / Sign | | Datum | Klockslag | Remitterande läkare | |
| Anledning till provtagning: <input type="checkbox"/> Graviditet <input type="checkbox"/> Prevention | | <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Smittspårning <input type="checkbox"/> Screening | <input type="checkbox"/> Sluten vård | <input type="checkbox"/> Öppen vård | |
| Smittans ursprung (ifylls vid hepatit- eller HIV-undersökning): <input type="checkbox"/> Sverige <input type="checkbox"/> Annat land, vilket: | | | | | |
| Kliniska upplysningar, frågeställning: Datum för insjuknande: | | | | | |
| 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. <input type="checkbox"/> Nej , patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke. | | | | | |
| Provtyp: <input type="checkbox"/> Blod / Serum <input type="checkbox"/> Akutprov <input type="checkbox"/> Konvalescentprov <input type="checkbox"/> 0-prov för infrysning <input type="checkbox"/> Cerebrospinalvätska | | | Stick- eller skärskada: Datum för skadan: _____ <input type="checkbox"/> Patientprov <input type="checkbox"/> Personalprov | | |
| Önskad undersökning (endast en undersökning per remiss) * = Prov som kan komma att sparas i biobank | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ANA inkl ENA-screen * (RNP, Sm, Scl 70, Jo-1, SSA o SSB) | | <input type="checkbox"/> Mononukleos (heterofila ak) | | <input type="checkbox"/> Hepatit A * | |
| <input type="checkbox"/> Glatt muskel-antikroppar * | | <input type="checkbox"/> Infrysning * | | <input type="checkbox"/> Hepatit B * | |
| <input type="checkbox"/> Mitokondrie-antikroppar * | | <input type="checkbox"/> Borrelia * | | <input type="checkbox"/> Hepatit C * | |
| <input type="checkbox"/> Citrullin IgG (Anti-CCP) * | | <input type="checkbox"/> Neuroborrelia (CSV + Serum)* | | <input type="checkbox"/> Vaccinationskontroll hepatit A | |
| <input type="checkbox"/> Transglutaminas IgA * | | Faeces | | <input type="checkbox"/> Vaccinationskontroll hepatit B | |
| <input type="checkbox"/> Deaminerat Gliadin IgG * | | <input type="checkbox"/> Calprotectin | | <input type="checkbox"/> HIV * | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori antigen | | <input type="checkbox"/> Rubella immunitet | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Syfilis * | |