

Avsändare (postadress, telefonnummer, kostnadsställe)		Patient (personnummer, namn)	
Särskild debiteringsadress		Provtagningsdatum	
		Remitterande läkare	
BIOBANKSLAGEN Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har informerats enligt biobankslagen och om att personuppgifterna sparas samt att patienten vill att provet ska sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Patienten vill inte att provet sparas, för ett eller flera ändamål. Nej-talong bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är oförmögen att lämna samtycke och provet sparas tills vidare, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur.		Provmaterial <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Faeces <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Benmärg <input type="checkbox"/> Glaskropp <input type="checkbox"/> Sårsekret <input type="checkbox"/> Biopsi <input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Urethra/cervixsekret <input type="checkbox"/> Blod, EDTA <input type="checkbox"/> Likvor (CSF) <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Blod, serum <input type="checkbox"/> Nasofarynxsekret <input type="checkbox"/> Ögonsekret <input type="checkbox"/> Blåssekret <input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Annat:	
Insjuknandedag: _____ Graviditetsvecka: _____ Exponerad för virus: _____ Vaccinerad datum: _____ Erhållet blodprodukt: _____		Klinisk bild <input type="checkbox"/> Adeniter <input type="checkbox"/> Fosterdöd <input type="checkbox"/> Myalgi <input type="checkbox"/> Artrit <input type="checkbox"/> Gastroenterit <input type="checkbox"/> Myokardit <input type="checkbox"/> Encefalit <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> Neonatal infektion <input type="checkbox"/> Exantem <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> Pneumoni <input type="checkbox"/> Facialispares <input type="checkbox"/> Konjunktivit <input type="checkbox"/> Tonsillit <input type="checkbox"/> Feberutredning <input type="checkbox"/> Meningit <input type="checkbox"/> ÖLI	
		<input type="checkbox"/> Telefonsvar <input type="checkbox"/> Akutsvar Tfn nr: _____ <input type="checkbox"/> Immunitetsundersökning <input type="checkbox"/> Sjukdomsmissstanke <input type="checkbox"/> Transplantationsutredning	
Annan klinisk upplysning <input type="checkbox"/> Analys med ledning av klinisk bild <input type="checkbox"/> Pågående behandling			
Serologi (antikropps- / antigenpåvisning)		PCR (viruspåvisning DNA / RNA)	
Allmän serologi (var god ange IgG och / eller IgM) <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Morbilli (mässling) <input type="checkbox"/> C. pneumoniae (TWAR) <input type="checkbox"/> Parotit (påssjuka) <input type="checkbox"/> C. psittaci (papegojsjuka) <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 (femte sjukan) <input type="checkbox"/> C. trachomatis <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> EBV (körtelfeber) <input type="checkbox"/> Rubella (röda hund) <input type="checkbox"/> Enterovirus <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii <input type="checkbox"/> HHV6 (tredagarsfeber) <input type="checkbox"/> TBE <input type="checkbox"/> HSV (Herpes simplex-virus) <input type="checkbox"/> VZV (vattkoppor) <input type="checkbox"/> Influenza A + B <input type="checkbox"/> Neurotrofa virus (OBS! likvor skall åtföljas av serum) <input type="checkbox"/> TORCH		Virusdetektion / kvantifiering <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Polyomavirus (JC/BK) <input type="checkbox"/> Calicivirus (vinterkräksjukan) <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> VZV (vattkoppor) <input type="checkbox"/> Enterovirus <input type="checkbox"/> HHV6 (tredagarsfeber; exanthema subitum) <input type="checkbox"/> HPV (Humant papillomavirus) <input type="checkbox"/> HSV (Herpes simplex-virus) <input type="checkbox"/> Morbilli (mässling) <input type="checkbox"/> Parotit (påssjuka) <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 (femte sjukan; erythema infectiosum) <input type="checkbox"/> Gastroenteritblock <input type="checkbox"/> Luftvägsblock <input type="checkbox"/> Neurotrofa virus <input type="checkbox"/> Hepatit B-DNA (kvantitativ) <input type="checkbox"/> Hepatit B genotyp <input type="checkbox"/> Hepatit C-RNA (kvantitativ) <input type="checkbox"/> Hepatit C genotyp	
HIV/Hepatitserologi <input type="checkbox"/> HIV (anti-HIV och HIV-antigen) <input type="checkbox"/> Hepatit B: <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> Hepatit A, B, C block <input type="checkbox"/> anti-HBc IgG <input type="checkbox"/> Hepatit A: <input type="checkbox"/> IgG (immunitet) <input type="checkbox"/> Hepatit C (anti-HCV) <input type="checkbox"/> anti-HBs (immunitet) <input type="checkbox"/> IgM (akut sjukdom) <input type="checkbox"/> HTLV I/II			
Infertilitetsutredning <input type="checkbox"/> HIV, Hepatit B (HBsAg), Hepatit C (anti-HCV), HTLV I/II, Syfilis		HIV-påvisning <input type="checkbox"/> HIV-RNA (kvantitativ) <input type="checkbox"/> HIV resistensbestämning	
Graviditetsscreening <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> HIV, Hepatit B (HBsAg), Syfilis <input type="checkbox"/> Misstänkt hepatit C (anti-HCV)		<input type="checkbox"/> Känd hepatit B (HBeAg, anti-HBe, HBV-DNA) OBS! 2 rör <input type="checkbox"/> Känd hepatit C (anti-HCV, HCV-RNA kvant) OBS! 2 rör	
Annat specificerat önskemål:			
Laboratoriets anteckningar			