

Klistra ej här

Svar ska sändas till:	Personnummer/reservnummer: Efternamn, Förnamn
Debiteras (om annan än svarmottagare):	Provtagning, datum: _____ Sign: _____
Kopia av svar till:	Remitterande läkare (namn): <input type="checkbox"/> AKUT (debiteras extra)
Anamnes/klinisk beskrivning, indikation/frågeställning och familjehistoria (obligatorisk):	Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/> Annat
	Patienten har fått genetisk vägledning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
För korrekt hantering av provmaterial, se provtagningsanvisningar regionvasterbotten.se/laboratoriemedicin	
Insänt provmaterial: <input type="checkbox"/> Blod, NaHep-rör ¹ <input type="checkbox"/> Blod, EDTA-rör ² <input type="checkbox"/> Annat (specificera): _____ <input type="checkbox"/> DNA finns lagrat <input type="checkbox"/> DNA, extraherat från: _____ Prov märkt/Ert prov-ID: _____	Känd sjukdom i familjen Sjukdom _____ Familjen _____ Namn _____ Pers.nr. _____ Släktskap _____
Undersökningen avser: <input type="checkbox"/> Lagring av DNA ³ <input type="checkbox"/> Diagnostisk analys Frågeformulär ⁴ bifogas: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Anlagsbärande utredning <input type="checkbox"/> Prediktiv analys <input type="checkbox"/> Segregationsanalys <input type="checkbox"/> Annat (specificera): _____ <input type="checkbox"/> Infertilitetsutredning, Partners personnummer: _____	Eventuella utförda genetiska analyser och funna avvikelser (specificera): <input type="checkbox"/> Svarskopia bifogas
1 NaHep-rör tas vid önskad FISH-/kromosomanalys 2 EDTA-rör tas vid önskad DNA-/RNA-analys 3 Avser lagring av större mängd DNA, där eventuellt omfattande utredning kan förväntas. 4 regionvasterbotten.se/laboratoriemedicin , välj Klinisk genetik	