



KONSULTREMISS

CMM50164-2 2004-11-30

KAROLINSKA UNIVERSITETSLABORATORIET, Centrum för Medfödda Metabola Sjukdomar, Porfyracentrum Sverige

Kombikod: Inrättn nr Klinik nr Avd nr Personnummer/namn

Remitterande läkare: Provtagningsdatum: Plats för etikett vid Blodsmitta

Porfyriutredning

Till:
Porfyracentrum Sverige Expedition 08-585 827 80
CMMS C2 71 Pauline Harper 08-585 827 87
Karolinska Universitets-
sjukhuset Huddinge porfyracentrum@karolinska.se
141 86 Stockholm www.karolinska.se/porfyri

Föregående provdatum:

 Provmaterial: urin
 faeces
 heparinblod

 OBS! Provet skall förvaras mörkt

Plats för Nr-etikett

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten fått information om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

Nej, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong skickas in.
 Patienten är för närvarande oförmögen att lämna samtycke.

Kliniska data och önskemål:

Akut tillstånd, bör prioriteras! Klinisk information är viktig för att avgöra vilka analyser som ska utföras samt för att bedöma svaren. Försök fylla i fälten nedan. Observera att porfyrier kan ha både akuta och kutana symtom.

<input type="checkbox"/> Utredning, akut porfyri	<input type="checkbox"/> Utredning, kutan porfyri	<input type="checkbox"/> Kontroll av porfyri	<input type="checkbox"/> Anlagsbestämning
<input type="checkbox"/> Buksmärtor <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Kräkningar <input type="checkbox"/> Muskelsmärtor <input type="checkbox"/> Pareser <input type="checkbox"/> Kramper <input type="checkbox"/> Psykiska symptom <input type="checkbox"/> Röd/rödbrun urin <input type="checkbox"/> Hyponatremi <input type="checkbox"/> Symptomen är pågående <input type="checkbox"/> Tidigare positiva labfynd <input type="checkbox"/> U-ALA/U-PBG <input type="checkbox"/> U-Porf Var är de analyserade: <input type="checkbox"/> Se utredning Porfyracentrum	<input type="checkbox"/> solöverkänslighet <input type="checkbox"/> brännande smärtor <input type="checkbox"/> skör hud <input type="checkbox"/> blåsor <input type="checkbox"/> ökad behåring/pigmentering <input type="checkbox"/> Sporadisk eller familjär PCT <input type="checkbox"/> Andra frågeställningar <input type="checkbox"/> Tungmetallförgiftning <input type="checkbox"/> Intrahepatisk kolestas <input type="checkbox"/> Annan:	<input type="checkbox"/> AIP <input type="checkbox"/> HCP/PV <input type="checkbox"/> PCT <input type="checkbox"/> EPP <input type="checkbox"/> Annan: <input type="checkbox"/> Behandlingskontroll <input type="checkbox"/> Prov före insättande av: <input type="checkbox"/> Prov efter behandling med: <input type="checkbox"/> Se medicinerings nedan <input type="checkbox"/> Behandlingen avslutad:	Porfyri finns i släkten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Typ av porfyri / ev mutation: Patienten är släkt med: Namn: Född: Släktskapsförhållande: <input type="checkbox"/> Förälder/barn <input type="checkbox"/> Syskon <input type="checkbox"/> Annat

Medicinering:

 Ingen medicinering

Utlåtande skickas normalt på separat blad tillsammans med analysresultaten