

Beställare

Patientidentitet

Kombikakod

Remitterande läkare

Läkarkod

P Personnummer/reservnummer

Annan betalare (namn/kombikakod)

Provtagningsstid

 Blodsmitta

År

Mån

Dag

Timme

Minut

Provtagarens namnunderskrift/Identitetskontroll

Proverna skickas till:

Karolinska
Universitetssjukhuset, Huddinge
Klinisk immunologi F79
141 86 STOCKHOLM

Patientsamtycke

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare) har fått information om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter får 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 bifogas.
- Oförmögen** Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

Plats för laboratoriets etikett

Kliniska uppgifter, frågeställning, meddelande (vid FNAIT frågeställning ange TPK-nadir och kliniska symptom)**Trombocytopeniutredning**

- ITP (immunmedierad trombocytopeni)
- Trombocytrefraktäritet
- FNAIT (fetal neonatal alloimmun trombocytopeni)
- Prov från (patient/moder/fader):
- Samhörig med:
- DRB3*01:01 typning (Ingår vid diagnos av FNAIT)
- Anti-HPA-1a kvantifiering

Neutropeniutredning

- Autoimmun neutropeni
- NAIN (neonatal alloimmun neutropeni)
- Pro-LL-37
- Etnisk neutropeni
- Analyser enligt laboratoriets bedömning (kräver att kliniska uppgifter anges)

Övrigt

- Transfusionskomplikationsutredning
- Prov från komponent
- Prov från patient
- Leukocytantikroppsscreening blodgivare

För indikationer och provtagning se Provtagningsanvisningar (www.karolinska.se/provtagningsanvisningar)

4255363301