

Beställare (adress) Kombikod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Patientidentitet Personnummer/reservnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Remitterande läkare Betalare (om annan än beställare) (adress) Kombikod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Provtagningsdatum och -tidkl. <input type="checkbox"/> Blodsmitta Provmaterial (se www.karolinska.se/provtagningsanvisningar) <input type="checkbox"/> Urin, stickprov <input type="checkbox"/> Helblod i Na-Heparinrör (3 st) <input type="checkbox"/> Helblod i EDTA-rör (1 st) <input type="checkbox"/> Faeces <input type="checkbox"/> OBS! Proverna ska ljusskyddas	
Originalsvarsmottagare (om annan än beställaren som då får en svarskopia) Elektroniskt svar skickas till TakeCare-kunder. Kombikod <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Plats för Nr-etikett Patientsamtycke Inskickandet av denna remiss bekräftar att patient/vårdnadshavare fått information om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Nej. Patient/vårdnadshavare samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong skickas in. <input type="checkbox"/> Oförmögen. Patient/vårdnadshavare är för närvarande oförmögen att lämna samtycke.	
		<input type="checkbox"/> Akut tillstånd Direkt telnr:	

Typ av frågeställning
 Patient under utredning Behandling-/terapikontroll på diagnostiserad patient Släkting till diagnostiserad patient (ange släktskap)

Medicinering, ange typ och senaste dostillfälle:
 Ingen medicinering

PORFYRIUTREDNING, kliniska data för METABOLUTREDNING eller CAH DYGNSPROFIL använd separata remisser (se www.karolinska.se/lab/remisser)

<u>Symtom vid akut porfyri</u>	<u>Symtom vid kutan porfyri</u>	<u>Släktskap</u>	<u>Övrigt</u>
<input type="checkbox"/> Buksmärtor	<input type="checkbox"/> Solöverkänslighet	<input type="checkbox"/> Porfyri finns i släkten	<input type="checkbox"/> Tungmetallförgiftning
<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> Brännande smärtor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet inte	<input type="checkbox"/> Intrahepatisk kolestas
<input type="checkbox"/> Kräkningar	<input type="checkbox"/> Skör hud	Typ av porfyri / ev mutation:	<input type="checkbox"/> Sporadisk eller familjär PCT
<input type="checkbox"/> Muskelsmärtor	<input type="checkbox"/> Blåsor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pareser	<input type="checkbox"/> Ökad behåring	Patienten är släkt med:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kramper	<input type="checkbox"/> Ökad pigmentering	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psykiska symptom	<input type="checkbox"/>	Född:	<input type="checkbox"/> Gravid,v
<input type="checkbox"/> Röd/rödbrun urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dialysbehandling
<input type="checkbox"/> Hyponatremi	<input type="checkbox"/>	Släktskapsförhållande:	<input type="checkbox"/> Benmargstransplanterad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Förälder/barn	<input type="checkbox"/> Blodtransfusion inom 6 mån
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Syskon	
Sjukdomsförlopp:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Annat	
<input type="checkbox"/> progressivt <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> stabilt		Övrigt, skriv i rutan nedan

Övriga kliniska data och önskemål/frågeställning/diagnos/släktskap
