

Beställare

Patientidentitet

[Blank area for ordering institution name]

[Blank area for patient name]

Kombikakod

[Grid for combination code]

[Grid for combination code]

[Grid for combination code]

Personnummer/reservnummer

[Grid for personal number]

[Grid for personal number]

[Grid for personal number]

Remitterande läkare

[Blank area for referring doctor name]

Läkarkod

[Grid for doctor code]

Annan betalare (namn/kombikakod)

[Blank area for other payer name/code]

Provtagningsstid

Blodsmitta

År

[Grid for year]

Mån

[Grid for month]

Dag

[Grid for day]

Timme

[Grid for hour]

Minut

[Grid for minute]

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

[Large blank area for clinical notes]

HLA-typning

- Abacaviröverkänslighet
- Interleukinhämmare, DRESS
- Allopurinolöverkänslighet
- Karbamazepinöverkänslighet
- Autoimmun hepatit
- Narkolepsi
- Mb Behcet
- Psoriasis vulgaris
- Bechterews sjukdom (HLA-B*27)
- Sarkoidos
- Birdshot Chorioretinopati
- Tebentafusp (HLA-A*02:01)
- Celiaki
- Annan sjukdom [Blank area]
- Diabetes, juvenil
- Önskad HLA specificitet [Blank area]