

Information som grund för familjeutredning av Hemofili A

OBS! ifyllt formulär ska skickas tillsammans med remiss vid beställning av Koagulationsutredning VIII, genetisk utredning.

Patientinformation

Personnummer: Familjenummer:

Klinisk bedömning av Hemofilins svårighetsgrad: svår moderat mild

Bärarskapsutredning: ja

Intron 22 inversionsmutation: ja nej ej utredd

Intron 1 inversionsmutation : ja nej ej utredd

Familjeinformation / proband

Personnummer: Släktskap:

Klinisk bedömning av Hemofilins svårighetsgrad: svår moderat mild

Tidigare utredd: ja nej

Utredd vid Klinisk kemi, Karolinska Solna ja nej

Om nej, utredd vid

Intron 22 inversionsmutation: ja nej ej utredd

Intron 1 inversionsmutation : ja nej ej utredd

Känd mutation hos familjen finns i exon:, nukleotid:.....

och påverkar aminosyra nr:

Klinisk kemi, Karolinska Solna får kontakta utredande laboratorium och ta del av probandens resultat ja nej

Inskickande av detta formulär bekräftar att patienten (alt. Vårdnadshavare) har fått information om – och samtycker till – att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Provet kommer att sparas i vår **biobank**.

Nej, provgivaren/vårdnadshavaren samtycker inte till att provet sparas. En **Nej-talong** måste bifogas.

Provgivaren är vid provtillfället oförmögen att fatta samtyckesbeslut.

Beställande läkare (namn, telefonnummer):