KAROLINSKA UNIVERSITETSLABORATORIET

2020-10-14

Klinisk kemi Formulär för genetisk utredning av von Willebrands sjukdom

Information som grund för familjeutredning av vWS

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

Patientinformation

Personnummer: ……..... Familjenummer: ……

Klinisk bedömning av typ av vWS: Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ subtyp….. Typ 3 ☐

Bärarskapsutredning: ja ☐

Familjeinformation / proband

Personnummer: …… Släktskap: ……

Tidigare utredd: ja ☐ nej ☐

Utredd vid Klinisk kemi, Karolinska Solna ja ☐ nej ☐

Om nej, utredd vid ……

Klinisk bedömning av typ av vWS: Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ subtyp….. Typ 3 ☐

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): ……