REMISS FÖR GENETISK ANALYS AVSEENDE PRIMÄR IMMUNBRIST/BENMÄRGSSVIKT.

Samtliga fält måste vara ifyllda för att remissen skall kunna behandlas. Vid frågor, kontakta laboratoriet

Klinisk immunologi/transfusionsmedicin

Beställare (adress)

Patientidentitet (namn)

Kombika

Personnummer

Remitterande läkare:

Namn:

Telefonnr:

Email:

Prov för:

◯ Helgenomsekvensering och analys ◯ Re-analys av data

◯ Släkting till diagnostiserad patient

Provtagningsdatum: kl:

Genetik

Släktskap föräldrar: ◯ Ja ◯ Nej ◯ Vet ej

Syskon: Antal ☐ Ja (frisk) ☐ Ja (sjuk)

Hereditet (beskriv nedärvningsmönster):

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. Patienten samtycker även till att den verksamhet som remissen skickas till och som ingår i en annan Vårdgivare, tar del av ospärrade journaluppgifter inom den remitterande verksamheten när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård.

☐ Nej

☐ Oförmögen

Fenotyp *Vänligen kryssa i allt som stämmer in med fenotyp av patient och beskriv i detalj under anamnes.*

Klinisk information och svar på cellulära analyser är nödvändiga för bedömning av data och potentiella fynd. För patienter utanför Stockholm, vänligen bifoga laboratorielistor med analysresultat.

Godkänner att överlåta till Klinisk Immunologi att vid behov komplettera analyser Ja Nej Ring först

☐ Anemi	☐ Låga immunoglobuliner	☐ Upprepade infektioner	☐ PID i släkten
☐ Trombocytopeni	☐IgG ☐ IgA ☐ IgM	☐Bakteriell	☐ Dysmorfa drag
☐ Granulocytopeni	☐ Förhöjt IgE	☐Virus	☐ Dålig tillväxt
☐ T-cells lymfopeni	☐ Förhöjt IgM	☐Svamp	☐ Skelettförändringar
☐ CD4	☐ Agammaglobulinemi	*(Specificera infektioner i anamnes)*	☐ Tarmsymptom
☐ CD8	☐ Pågående immunosuppression	☐ Autoimmunitet	☐ Astma/Allergi
☐ B-cells lymfopeni	☐ Granulom	☐ Ledvärk	Etnicitet:
☐ Låga NK-celler	☐ Abscesser	☐ Autoinflammation	
☐ Hemolys	☐ Splenomegali	☐ Periodisk feber	
☐ Benmärgssvikt	☐ Förstorade lymfkörtlar	☐ Hudförändringar	

Anamnes/frågeställning Beskriv patientens immundefekt/benmärgssvikt/autoimmunitet, ange infektioner och patogener om sådana odlats fram, beskriv också eventuella avvikande labsvar, statusfynd och medicinering.

KAROLINSKA UNIVERSITETSLABORATORIET

Prov och remiss skickas till: Klinisk Immunologi F79, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 141 86 Stockholm
För frågor kontakta klinisk immunologi: 08-585 897 06 immhuddinge.karolinska@sll.se
Se www.karolinska/se/provtagningsanvisningar/ för gällande provtagningsanvisningar