

Beställare <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	Patientidentitet <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
Kombikakod <input style="width: 100%;" type="text"/>	Personnummer/reservnummer <input style="width: 100%;" type="text"/>
Remitterande läkare <input style="width: 100%;" type="text"/>	Läkarkod <input style="width: 100%;" type="text"/>
Annan betalare (namn/kombikakod) <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Provtagningsstid År <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Mån <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Dag <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Timme <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Minut <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Blodsmitta 9333171625 Provtagarens namnunderskrift/Identitetskontroll _____
---	--

Proverna skickas till: Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge Klinisk immunologi F79 141 86 STOCKHOLM	Patientsamtycke <small>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.</small>	<input type="checkbox"/> Nej Patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas. <input type="checkbox"/> Oförmögen Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke	Plats för laboratoriets etikett
---	---	---	---------------------------------

Diagnos, kliniska uppgifter, frågeställning, meddelande <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	CMV serologi <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativt Blodgrupp <input style="width: 100%;" type="text"/> Vikt <input style="width: 100%;" type="text"/> Är patienten HLA-typad tidigare <input type="radio"/> Ja* <input type="radio"/> Nej Finns anhöriga som HLA-typats <input type="radio"/> Ja* <input type="radio"/> Nej Etnisk tillhörighet (ej obligatorisk uppgift) <input style="width: 100%;" type="text"/> Önskat datum för transplantation <input style="width: 100%;" type="text"/> Särskilt bråttom <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej *V.g bifoga resultat från tidigare HLA-typning
Diagnosdatum <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Patienten är informerad och har medgivit att uppgifter om namn, födelsedag, diagnos, vävnadstyp och CMV-status lämnas till donatorsregister i Sverige och utomlands. Patienten accepterar att uppgifter sänds via telefax och e-post.

 Underskrift av ansvarig läkare

Familjeutredning inför stamcellstransplantation, HLA-typning
 Observera att identitetskontroll som för blodgruppering gäller vid prov för HLA-typning!

Släktskap	Personnummer	Namn	Id kontroll, signatur
Mottagare	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Far	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Syskon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Syskon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Syskon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annan donator	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sökning efter obesläktad donator inför stamcellstransplantation
 Kan sökning efter navelsträngsenhet bli aktuell Ja Nej

Uppföljning efter stamcellstransplantation
 BCR/ABL Chimärism Extra märkör TX-datum

Övriga upplysningar:

Material Blod Benmärg Övrigt