

Beställare	Patientidentitet
Kombikakod Remitterande läkare	Personnummer/reservnummer Annan betalare (namn/kombikakod)
Provtagningsstid År Mån Dag Timme Minut ☐ Blodsmitta 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	
Trombocytopeniutredning ☐ ITP (immunmedierad trombocytopeni) ☐ Trombocytrefraktäritet ☐ FNAIT (fetal neonatal alloimmun trombocytopeni) ☐ Prov från (patient/moder/fader): ☐ Samhörig med: ☐ DRB3*01:01 typning (Ingår vid diagnos av FNAIT) ☐ Anti-HPA-1a kvantifiering Neutropeniutredning ☐ Autoimmun neutropeni ☐ NAIN (neonatal alloimmun neutropeni) ☐ Pro-LL-37 ☐ Etnisk neutropeni ☐ Analyser enligt laboratoriets bedömning (kräver att kliniska uppgifter anges) Övrigt ☐ Transfusionskomplikationsutredning ☐ Prov från komponent ☐ Prov från patient ☐ Leukocytantikroppsscreening blodgivare För indikationer och provtagning se Provtagningsansvisningar (www.karolinska.se/provtagningsansvisningar)	