

REMISS FÖR INTERFERONSIGNATUR (IFN-1 SCORE)

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

Beställare (Klinisk och adress)	Patientidentitet (namn)
Kombika	Personnummer -
Remitterande läkare: Namn:	Provtagningsdatum: Kl:
Telefonnr:	Prioanalys Observera att prioriterad analys debiteras extra. Vänligen kontakta laboratoriet innan.
Email:	
Provtagningsanvisning: Prover skall tas i PAXgene Blood RNA rör. Dessa innehåller en vätska som stabiliserar RNA. Fyll rören ordentligt (2,5mL blod) och blanda försiktigt 10 ggr eller lägg röret på en vagga. Viktigt att provtagningsstiden anges ovan. Om provet inte beräknas komma fram inom 48h ska provet frysas och skickas fryst (-20C). För mer information se provtagningsanvisningar.	
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. Samtycke är nödvändigt för att utföra analys.	
Nej Oförmögen	
Klinisk diagnos:	Genetisk diagnos:
Anamnes/frågeställning Beskriv patientens fenotyp och andra labsvar. Observera att IFN score från andra laboratorium ej kan jämföras.	
Medicinering Beskriv tidigare och nuvarande behandling.	