

# REMISS FÖR GENETISK ANALYS- KLINISK IMMUNOLOGI.

Remiss används för primär immunbrist, medfödd benmärgssvikt, autoinflammation eller annan immundysreglering.

Val av genpanel görs av läkare/sjukhusgenetiker på KITM.

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

| Beställare (Klinisk och adress)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            | Patientidentitet (namn)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Kombika</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            | <b>Personnummer</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>Remitterande läkare:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            | <b>Prov för:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Namn:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                            | Helgenomsekvensering och analys      Re-analys av data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| Telefonnr:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                            | Släkting till diagnostiserad patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| Email:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            | Provtagningsdatum:      kl:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Genetik</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            | Hereditet i familjen (beskriv familjehistorik i anamnes):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Konsanguinitet:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ja      Nej      Vet ej    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Syskon:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Antal      Frisk      Sjuk |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>Patientsamtycke</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            | Nej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 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. |                            | Oförmögen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Fenotyp</b> 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Anemi<br><input type="checkbox"/> Trombocytopeni<br><input type="checkbox"/> Granulocytopeni<br><input type="checkbox"/> T-cells lymfopeni<br><input type="checkbox"/> CD4<br><input type="checkbox"/> CD8<br><input type="checkbox"/> B-cells lymfopeni<br><input type="checkbox"/> Låga NK-celler<br><input type="checkbox"/> Hemolys<br><input type="checkbox"/> Benmärgssvikt                                                                                                                              |                            | <input type="checkbox"/> Låga immunoglobuliner<br><input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgM<br><input type="checkbox"/> Förhöjt IgE<br><input type="checkbox"/> Förhöjt IgM<br><input type="checkbox"/> Agammaglobulinemi<br><input type="checkbox"/> Pågående immunosuppression<br><input type="checkbox"/> Granulom<br><input type="checkbox"/> Abscesser<br><input type="checkbox"/> Splenomegali<br><input type="checkbox"/> Förstorade lymfkörtlar |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            | <input type="checkbox"/> Upprepade infektioner<br><input type="checkbox"/> Bakteriell<br><input type="checkbox"/> Virus<br><input type="checkbox"/> Svamp<br>(Specificera infektioner i anamnes)<br><input type="checkbox"/> Autoimmunitet<br><input type="checkbox"/> Ledvärk<br><input type="checkbox"/> Autoinflammation<br><input type="checkbox"/> Periodisk feber<br><input type="checkbox"/> Hudförändringar                                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            | <input type="checkbox"/> PID i släkten<br><input type="checkbox"/> Dysmorfa drag<br><input type="checkbox"/> Dålig tillväxt<br><input type="checkbox"/> Skelettförändringar<br><input type="checkbox"/> Tarmsymptom<br><input type="checkbox"/> Astma/Allergi<br>Etnicitet:                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Anamnes/frågeställning</b> Beskriv patientens immundefekt/benmärgssvikt/autoimmunitet, ange infektioner och patogener om sådana odlats fram, beskriv också eventuella avvikande labsvar, statusfynd och medicinering. Beskriv familjehistorik och om liknande sjukdomsbild finns hos familj/släktingar.                                                                                                                                                                                                                              |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |

Klinisk immunologi/transfusionsmedicin