

**Information som grund för familjeutredning av Hemofili A**

(ifyllt formulär bifogas remiss vid beställning av Koagulationsutredning VIII, genetisk utredning)

**Patientinformation**

Personnummer: ..... Familjenummer: .....

Patienten ger samtycke till att provet sparas som biobanksprov: ja  nej Klinisk bedömning av Hemofilins svårighetsgrad: svår  moderat  mild Tidigare utredd vid Klinisk kemi, Karolinska Solna: ja  nej Inversionsmutation i Intron 22 utesluten: ja  nej Inversionsmutation i Intron 1 utesluten: ja  nej Blodtransfunderad under de senaste 3 månaderna: ja  nej Benmärgstransplanterad: ja  nej **Familjeinformation**

Notera nedan vad som är känt hos probandet i familjen.

Personnummer: ..... Släktskap: .....

Tidigare utredd vid Klinisk kemi, Karolinska Solna: ja  nej Inversionsmutation i Intron 22 utesluten: ja  nej Inversionsmutation i Intron 1 utesluten: ja  nej 

Känd mutation hos familjen finns i exon: ..... och påverkar aminosyra nr: .....

Utredd vid (om ej Klinisk kemi, Karolinska Solna) .....

Klinisk kemi, Karolinska Solna får kontakta utredande laboratorium och ta del av  
probandets resultat ja  nej 

Notera nedan vad som är känt hos någon/några i familjen.

Personnummer: ..... Släktskap: .....

Tidigare utredd vid Klinisk kemi, Karolinska Solna: ja  nej Inversionsmutation i Intron 22 utesluten: ja  nej Inversionsmutation i Intron 1 utesluten: ja  nej **Beställande läkare** (namn, telefonnummer): .....