

Beställare

Patientidentitet

[Blank area for sender information]

[Blank area for patient identification]

Kombikakod

[Grid for combination code]

[Grid for combination code]

[Grid for combination code]

Personnummer/reservnummer

[Grid for personal number]

[Grid for personal number]

[Grid for personal number]

Remitterande läkare

[Text field for referring doctor]

Läkarkod

[Grid for medical code]

Annan betalare (namn/kombikakod)

[Text field for other payer]

Provtagningstid

Blodsmitta

År

[Grid for year]

Mån

[Grid for month]

Dag

[Grid for day]

Timme

[Grid for hour]

Minut

[Grid for minute]

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

[Large blank area for clinical information]

HLA-typning

- Bechterews sjukdom (HLA-B27)
- Celiaki (HLA-DQA, -DQB, -DRB)
- Sarkoidos (HLA-DRB, -DQA, -DQB)
- Autoimmun hepatit eller primär biliär cirrhos (HLA-DRB)
- Annan sjukdom [Blank field]
- Önskad HLA specificitet [Blank field]
- Överlåter åt laboratoriet att välja analys utifrån kliniska uppgifter/resultat