

<b>Beställare (adress)</b>  <b>Kombikod</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>Patientidentitet</b>  <b>Personnummer/reservnummer</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Remitterande läkare</b>		<b>Provtagningsdatum och -tid</b> .....kl. <input type="checkbox"/> <b>Blodsmitta</b>	
<b>Betalare (om annan än beställare) (adress)</b>  <b>Kombikod</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>Provmaterial</b> (se <a href="http://www.karolinska.se/provtagningsanvisningar">www.karolinska.se/provtagningsanvisningar</a> ) <input type="checkbox"/> <b>Urin, stickprov</b> <input type="checkbox"/> <b>Helblod i Na-Heparinrör (3 st)</b> <input type="checkbox"/> <b>Helblod i EDTA-rör (1 st)</b> <input type="checkbox"/> <b>Faeces</b> <input type="checkbox"/> ..... <b>OBS! Provet ska förvaras mörkt</b>	<b>Plats för Nr-etikett</b>
<b>Originalsvarsmottagare (om annan än beställaren som då får en svarskopia) Elektroniskt svar skickas till TakeCare-kunder.</b>  <b>Kombikod</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<b>Patientsamtycke</b> Inskickandet av denna remiss bekräftar att patient/vårdnadshavare fått information om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> <b>Nej.</b> Patient/vårdnadshavare samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong skickas in. <input type="checkbox"/> <b>Oförmögen.</b> Patient/vårdnadshavare är för närvarande oförmögen att lämna samtycke.	
		<input type="checkbox"/> <b>Akut tillstånd</b> <b>Direkt telnr:</b> .....	

**Typ av frågeställning**  
 Patient under utredning     Behandling-/terapi kontroll på diagnostiserad patient     Släkting till diagnostiserad patient (ange släktskap)

Medicinering, ange typ och senaste dostillfälle:  
 Ingen medicinering

**PORFYRIUTREDNING, kliniska data**      för METABOLUTREDNING eller CAH DYGNSPROFIL använd separata remisser (se [www.karolinska.se/lab/remisser](http://www.karolinska.se/lab/remisser))

Symtom vid akut porfyri	Symtom vid kutan porfyri	Släktskap	Övrigt
<input type="checkbox"/> Buksmärtor	<input type="checkbox"/> Solöverkänslighet	<input type="checkbox"/> Porfyri finns i släkten	<input type="checkbox"/> Tungmetallförgiftning
<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> Brännande smärtor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet inte	<input type="checkbox"/> Intrahepatisk kolestas
<input type="checkbox"/> Kräkningar	<input type="checkbox"/> Skör hud	Typ av porfyri / ev mutation:	<input type="checkbox"/> Sporadisk eller familjär PCT
<input type="checkbox"/> Muskelsmärtor	<input type="checkbox"/> Blåsor	.....	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Pareser	<input type="checkbox"/> Ökad behåring	Patienten är släkt med:	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Kramper	<input type="checkbox"/> Ökad pigmentering	.....	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Psykiska symptom	<input type="checkbox"/> .....	Född:	<input type="checkbox"/> Gravid, .....v
<input type="checkbox"/> Röd/rödbrun urin	<input type="checkbox"/> .....	.....	<input type="checkbox"/> Dialysbehandling
<input type="checkbox"/> Hyponatremi	<input type="checkbox"/> .....	Släktskapsförhållande:	<input type="checkbox"/> Benmargstransplanterad
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Förälder/barn	<input type="checkbox"/> Blodtransfusion inom 6 mån
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Syskon	
<b>Sjukdomsförlopp:</b>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Annat	
<input type="checkbox"/> progressivt <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> stabilt		.....	<b>Övrigt, skriv i rutan nedan</b>

Övriga kliniska data och önskemål/frågeställning/diagnos/släktskap

