

Beställare (adress) Kombikod <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"/>		Patientidentitet Personnummer/reservnummer <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Remitterande läkare		Provtagningsdatum och -tidkl..... <input type="checkbox"/> Blodsmitta	
Betalare (om annan än beställare) (adress) Kombikod <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"/>		Provmaterial <small>(se www.karolinska.se/provtagningsanvisningar)</small> <input type="checkbox"/> Urin, stickprov <input type="checkbox"/> Urinsamling: Volym.....mL Starttid.....kl..... Sluttid.....kl..... <input type="checkbox"/> 24 tim <input type="checkbox"/> Heparinplasma (Na eller Li) <input type="checkbox"/> EDTA-blod <input type="checkbox"/>	Plats för Nr-etikett
Originalsvarsmottagare (om annan än beställaren som då får en svarskopia) Elektroniskt svar skickas till TakeCare-kunder. Kombikod <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"/>		Patientsamtycke 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"/> Nej. Patient/vårdnadshavare samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong skickas in. <input type="checkbox"/> Oförmögen. Patient/vårdnadshavare är för närvarande oförmögen att lämna samtycke.	
		<input type="checkbox"/> Akut tillstånd Direkt telnr:.....	
Typ av frågeställning <input type="checkbox"/> Patient under utredning <input type="checkbox"/> Behandling-/terapi kontroll på diagnostiserad patient <input type="checkbox"/> Släkting till diagnostiserad patient (ange släktskap)			
<input type="checkbox"/> Medicinering, ange typ och senaste dostillfälle: <input type="checkbox"/> Ingen medicinering			
METABOLUTREDNING, kliniska data för PORFYRIUTREDNING eller CAH DYGNSPROFIL använd separata remisser (se www.karolinska.se/lab/remisser)			
<input type="checkbox"/> Välmående <input type="checkbox"/> Pågående infektion <input type="checkbox"/> Tid sedan senaste måltid:t <input type="checkbox"/> Acidos <input type="checkbox"/> Hypoglykemi <input type="checkbox"/> Kramper <input type="checkbox"/> Glukosdropp <input type="checkbox"/> Letargi/koma <input type="checkbox"/> Sjuka/döda syskon <input type="checkbox"/> Dysmorfa drag <input type="checkbox"/> Hepatomegali <input type="checkbox"/> MR-förändringar, hjärna Sjukdomsförlopp: <input type="checkbox"/> progressivt <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> stabilt	<input type="checkbox"/> Konsanguinitet <input type="checkbox"/> Debutålder <input type="checkbox"/> Dålig tillväxt, längd <input type="checkbox"/> Dålig tillväxt, vikt <input type="checkbox"/> Dålig tillväxt, huvudomfång <input type="checkbox"/> Makrocefali <input type="checkbox"/> Mikrocefali <input type="checkbox"/> Splenomegali <input type="checkbox"/> Hjärtsvikt <input type="checkbox"/> Kardiomyopati <input type="checkbox"/> Hudförändringar <input type="checkbox"/> Ögonförändringar <input type="checkbox"/> Psykomotorisk retardation	<input type="checkbox"/> Ataxi <input type="checkbox"/> Hypertonus/spasticitet <input type="checkbox"/> Hypotonus <input type="checkbox"/> Dystrofisk muskulatur <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Koreoatetos <input type="checkbox"/> Cerebral atrofi <input type="checkbox"/> Avvikande beteende <input type="checkbox"/> Malabsorption <input type="checkbox"/> Skelettförändringar <input type="checkbox"/> Anemi <input type="checkbox"/> Leukopeni <input type="checkbox"/> Trombocytopeni	<input type="checkbox"/> Hemolys <input type="checkbox"/> Vakuoliserade lymfocyter <input type="checkbox"/> Hyperglykemi <input type="checkbox"/> Hyperammonemi <input type="checkbox"/> Peroral nutrition <input type="checkbox"/> Parenteral nutrition <input type="checkbox"/> Näringspreparat <input type="checkbox"/> Gravid,v <input type="checkbox"/> Uppföljning av nyföddhetscreening Övrigt, skriv i rutan nedan
Övriga kliniska data och önskemål/frågeställning/diagnos/släktskap			