Beställare (adress)

Kombikakod

Remitterande läkare

Patientidentitet

Personnummer/reservnummer

Provtagningsdatum och -tid

.....kl.....

☐ **Blodsmitta**

Betalare **(om annan än beställare)** (adress)

Kombikakod

Provmaterial
(se www.karolinska.se/provtagningsanvisningar)

- ☐ **Urin, stickprov**
- ☐ **Helblod i Na-Heparinrör (3 st)**
- ☐ **Helblod i EDTA-rör (1 st)**
- ☐ **Faeces**
- ☐ .....

OBS! Provet ska förvaras mörkt

Plats för Nr-etikett

Originalsvarsmottagare (om annan än beställaren som då får en svarskopia) **Elektroniskt svar skickas till TakeCare-kunder.**

Kombikakod

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.

☐ Nej. Patient/vårdnadshavare samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong skickas in.

☐ Oförmögen. Patient/vårdnadshavare är för närvarande oförmögen att lämna samtycke.

☐ **Akut tillstånd** **Direkt telnr:**.....

Typ av frågeställning

☐ **Patient under utredning** ☐ **Behandling-/terapikontroll 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)

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

Övriga kliniska data och önskemål/frågeställning/diagnos/släktskap

Se www.karolinska.se/provtagningsanvisningar för gällande provtagningsanvisningar

Centrum för medfödda metabola sjukdomar
Porfyriutredning

Porfyricentrum, CMMS, Provinlämningen L2:00, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, 171 64 Stockholm
Exp: 08-123 714 45 e-post: porfyricentrum.karolinska@regionstockholm.se hemsida: www.karolinska.se/porfyricentrum

KAROLINSKA UNIVERSITETSLABORATORIET