

Avsändare			Patientidentitet	
Remitterande läkare	Provtagningsdatum	Undersökn ska deb	Provtagares signatur	

Kort anamnes, frågeställning	Ange om möjligt: Insjuknandedatum: _____ Smittdatum: _____ Smittväg: _____ <input type="checkbox"/> Blodsmitta
------------------------------	--

HEPATIT/HIV/HTLV	SEROLOGI	IMMUNOLOGISKA ANALYSER
Ange antingen misstänkt virus och frågeställning (lab väljer analys) eller specificera önskad analys	Provmaterial: <input type="checkbox"/> blod/serum <input type="checkbox"/> likvor	Provmaterial: blod/serum
<input type="checkbox"/> Hepatit A <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> Hepatit D* <input type="checkbox"/> Hepatit E* <input type="checkbox"/> HIV 1/2 <input type="checkbox"/> HTLV I/II <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> BORRELIA <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 IgG <input type="checkbox"/> HELICOBACTER PYLORI, fecesantigen <input type="checkbox"/> RUBELLA <input type="checkbox"/> Immunitetsprovning <input type="checkbox"/> Klinisk misstanke* <input type="checkbox"/> SYFILIS <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Klinisk misstanke <input type="checkbox"/> TB-ANTIGEN IGRA (Quantiferon) ÖVRIG SEROLOGI* <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> NOLLPROV Provet sparas för analys vid senare tillfälle GRAVIDITETSSCREENING <input type="checkbox"/> HBsAg, HIV1/2, Syfilis <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Hepatit C	<input type="checkbox"/> ANA + ENA-screen IF antinukleära IgG-antikroppar och IgG-antikroppar mot extraherbara nukleära antigen (Sm, RNP, SS-A, SS-B, Scl-70, Jo-1) <input type="checkbox"/> n-DNA , IgG-antikroppar mot nativt dubbelsträngat DNA <input type="checkbox"/> Kardiopin , IgG-antikroppar mot <input type="checkbox"/> Mitokondrier , IgG-antikroppar mot REUMATOID ARTRIT <input type="checkbox"/> anti-CCP , IgG-antikroppar mot cykliskt citrullinerad peptid (rutinmetod) <input type="checkbox"/> RA-test , Reumatoid faktor IgM-ak (enbart för specialist) ANCA , antikroppar mot neutrofila granulocytens cytoplasma <input type="checkbox"/> ANCA-screen , IgG-antikroppar mot MPO, PR-3 och GBM <input type="checkbox"/> MPO-ANCA , kvantitativ analys av IgG-antikroppar mot myeloperoxidas <input type="checkbox"/> PR3-ANCA , kvantitativ analys av IgG-antikroppar mot proteinas 3 <input type="checkbox"/> GBM , kvantitativ analys av IgG-antikroppar mot glomerulärt basal-membran (Goodpastureantigen) Antikroppar vid glutenintolerans <input type="checkbox"/> Vävnadsstransglutaminas, (t-TG) , IgA-antikroppar mot * = Prov skickas till annat laboratorium

För hepatit/hiv/htlv ange: <input type="checkbox"/> Kontroll preoperativ <input type="checkbox"/> Kontroll inför vaccination <input type="checkbox"/> Undersökning för friskintyg <input type="checkbox"/> Flyktingscreening <input type="checkbox"/> Vaccinerad mot hepatit A <input type="checkbox"/> Vaccinerad mot hepatit B <input type="checkbox"/> Fått immunglobulin När? _____ <input type="checkbox"/> Dialys <input type="checkbox"/> Patologiskt leverstatus <input type="checkbox"/> Exposition Hur: _____ Var: _____ När: _____	Anvisning - Fyll i avsändare och patientidentitet. - Skriv kort anamnes - Sätt kryss i aktuella rutor för provmaterial och önskad analys. - Fyll i uppgifter under ”ange”. Dessa uppgifter är viktiga för hur provet tas omhand. - Blod/serum tas i 7 mL rör utan tillsats - Likvor tas i sterilt rör utan tillsats Du kan beställa fler analyser på samma remiss men ange noga provmaterial och analys på respektive provs etikett.
--	--

Biobankslagen
 Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om och samtycker till att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård, behandling och därmed förenlig verksamhet.

Nej, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård, behandling eller därmed förenlig verksamhet.

Nej-talong bifogas.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

IMMUNOLOGI
 SEROLOGI
 Tfn 010-839 16 00
 Fax 054-15 18 40
 Karlstad
 Centralsjukhuset, 651 85
 Klinisk mikrobiologi,