

Önskemål - Remiss Klinisk Molekylär Patologi, Sahlgrenska sjukhuset

Remitterande inrättning: (fullständig adress och kostn.ställern)
OBS! TYDLIG TEXT

Patient: personnummer , (10 siffror), namn, adress
Använd patientkort eller skrivmaskin

KST							
-----	--	--	--	--	--	--	--

Snabb svar svar till tfn:

Extra svars kopia till:

SKRIV INTE
I GULA FÄLT

Provmaterial	
Remissnummer (kod.år-nr)	
Annat sjukhus än SU/SS	
Provets behandling	
<input type="checkbox"/>	RNA later
<input type="checkbox"/>	Paraffinbäddning
<input type="checkbox"/>	Fryst vävnad
<input type="checkbox"/>	Fryst blod
Preparatbeskrivning	
Frågeställning	

Datum _____ Beställare _____

Laboratoriets anteckningar (Skriv inte i markerade fält. Remissen databehandlas)

Allmän		Muskel	Registrering					
<input type="checkbox"/>	BRCA1	<input type="checkbox"/> Bakteriologi	<input type="checkbox"/>	Calpain /WB	Sign.	Provdatum	Kostn.ställern.	
<input type="checkbox"/>	APC		<input type="checkbox"/> Remiss	<input type="checkbox"/> Dystrofin /WB				
<input type="checkbox"/>	HER2-ISH	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/>	Exon 7,8 SMN	Kostnadsgrupp	Preparatkod	Patologläkare	
<input type="checkbox"/>	Övrigt	<input type="checkbox"/> Virologi	<input type="checkbox"/>	LX PCR mtDNA				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Remiss	<input type="checkbox"/>	PABP2 PCR	KMP- lab's anteckningar			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/>	tRNA mtDNA	Prep.datum	Konc.	Förvaring	Prep.sign
Lymfom					Analysdatum	Analyssign.		
<input type="checkbox"/>	NF2-PCR	Tumör						
<input type="checkbox"/>	TCR-PCR		<input type="checkbox"/>	Alveolärt rhabdomyosarcom	Primerpar	Resultat		
<input type="checkbox"/>	IgH-PCR		<input type="checkbox"/>	Ewingsarcom				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Extraskelettalt chondrosarcom				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Myxoidt liposarcom				
Endokrin								
<input type="checkbox"/>	RET Exon10		<input type="checkbox"/>	Synovialsarcom				
<input type="checkbox"/>	RET Exon11							
<input type="checkbox"/>	RET Exon14		<input type="checkbox"/>	Missbildning				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Apert Syndrom				

863112_15.000.01-11 AB MULTIRYCK, BORÅS 033-750 50 00