



**AKADEMISKA  
SJUKHUSET**

Labnummer

Personnummer och namn

Remitterande avdelning

**SMITTRISK-  
ETIKETT**

Patient       Anhörig till:  
Relation:  Syskon    Förälder    Make/maka  
 Övrigt:.....

Debiteras

**Provtagning  
datum**      kl

Remitterande läkare

Diagnos/frågeställning - **OBLIGATORISK**

**SAMTYCKE**

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 och behandling och därmed förenlig verksamhet.

Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.

Patienten är vid tillfället oförmögen att lämna samtycke.

Identitetskontroll utförd

Provtagarens namn

**VÄVNADSTYPNING**

<input type="checkbox"/> * HLA-typning inför <b>organtransplantation</b> Klass I+ Klass II+ antikroppsundersökning + ev. HLA korstest	1 ACD rör 2 EDTA rör 1 serumrör utan tillsats ( <b>endast patient</b> )
<input type="checkbox"/> * HLA-typning inför <b>stamcellstransplantation</b> Klass I+ Klass II+ antikroppsundersökning + ev. HLA korstest	1 ACD rör 2 EDTA rör 1 serumrör utan tillsats ( <b>endast patient</b> )
<input type="checkbox"/> * Antikroppar mot HLA-antigen	1 serumrör utan tillsats
<input type="checkbox"/> * HLA-korstest      1 ACD rör <input type="checkbox"/> * Rejektion HLA-korstest      2 EDTA rör +antikroppsundersökning      1 serumrör utan tillsats ( <b>endast patient</b> )	<input type="checkbox"/> HLA A,B (klass I)      1 ACD rör
<input type="checkbox"/> HLA B27      1 ACD rör <input type="checkbox"/> HLA B*57:01      1 EDTA	<b>Diagnos frågeställning</b> <input type="checkbox"/> HLA DR,DQ,DP      1 EDTA <input type="checkbox"/> Celiaki      1 EDTA <input type="checkbox"/> Narkolepsi      1 EDTA <input type="checkbox"/> Sarkoidos      1 EDTA Övrigt:.....
<input type="checkbox"/> Immuknow      1 heparinrör Cellmediorad immunrespons PHA stimulerade CD4 T-celler Analyseras 1gång/vecka, kontakta lab 018- 611 41 83	

\* Analyser där samtycke behövs

**FLÖDESCYTOMETRI**

1 EDTA rör  
Provet sändes snarast till Cellulär immunologi/  
Stamcellslab. Tel. 018-611 41 83. Rörpost EH 26

**KVANTIFIERING AV CELLER**

<input type="checkbox"/> CD34	<input type="checkbox"/> CD20+CD19/16+56
<input type="checkbox"/> CD3/CD4/CD8	<input type="checkbox"/> PNH-diagnostik
<input type="checkbox"/> CD19/CD16 + CD56	<input type="checkbox"/> Övrigt _____

Mer information se: [www.akademiska.se/kitm](http://www.akademiska.se/kitm)

