



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Labnummer

Provtagning datum

Klockslag

Personnummer och namn

Patient
 Anhörig/donator till:

(personnummer, namn, relation)

Remitterande läkare

Diagnos/frågeställning - **OBLIGATORISK**

Immunmodulerande behandling

Identitetskontroll utförd

Provtagarens namn

Remitterande avdelning

Debiteras

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.

VÄVNADSTYPNING

* Analyser där samtycke behövs

<input type="checkbox"/> * HLA-typning inför organtransplantation Klass I+ Klass II+ antikroppsundersökning + ev. HLA korstest	1 ACD rör 2 EDTA rör 1 serumrör utan tillsats(endast patient)
<input type="checkbox"/> * HLA-typning inför stamcellstransplantation Klass I+ Klass II+ antikroppsundersökning + ev. HLA korstest	1 ACD rör 2 EDTA rör 1 serumrör utan tillsats(endast patient)
<input type="checkbox"/> * Trombocytrefraktäritet Typning och antikroppsundersökning HLA/HPA efter behov	1 EDTA rör 1 serumrör utan tillsats
<input type="checkbox"/> * HLA-korstest <input type="checkbox"/> * Rejektion: HLA-korstest + antikroppsundersökning	1 ACD rör 2 EDTA rör 1 serumrör utan tillsats(endast patient)
<input type="checkbox"/> * Antikroppar mot HLA-antigen	1 serumrör utan tillsats
<input type="checkbox"/> Annat önskemål	
<input type="checkbox"/> HLA B27 Bechterew (ankyloserande spondylit)	1 ACD rör
<input type="checkbox"/> Narkolepsi DRB1*15, DQB1*06:02	1 EDTA rör
<input type="checkbox"/> Birdshot retinitis HLA A*29	1 EDTA rör
<input type="checkbox"/> HLA B*57:01 Abacavir överkänslighet	1 EDTA rör
<input type="checkbox"/> Sarkoidos DRB1*14/15/17	1 EDTA rör
<input type="checkbox"/> Behçets sjukdom HLA B*51	1 EDTA rör
<input type="checkbox"/> Celiaki DQ 2/8	1 EDTA rör
<input type="checkbox"/> Allopurinol överkänslighet HLA B*58:01	1 EDTA rör
<input type="checkbox"/> Karbamazepin överkänslighet HLA B*15:02 och HLA A*31:01	1 EDTA rör

FLÖDESCYTOMETRI

Provet sändes snarast till Cellulär immunologi/Stamcells lab. Tel. 018-611 41 83.

KVANTIFIERING AV CELLER <input type="checkbox"/> Lymfocytsubpopulation (CD3/CD4/CD8/CD19/CD16+CD56) <input type="checkbox"/> T-minnesceller (CD3/CD4/CD8/CD197/CD45RA) <input type="checkbox"/> Hematopoetiska stamceller (CD34)	1 EDTA rör <input type="checkbox"/> B-cellspopulation (CD19/CD20/CD16+CD56) <input type="checkbox"/> PNH-diagnostik (CD59/Flaer) <input type="checkbox"/> Annat önskemål	<input type="checkbox"/> Immuknow 1 Na-heparinrör Cellmedierad immunrespons PHA stimulerade CD4 T-celler Provet ska tas efter kl. 10.00 på tisdagar och vara på lab senast 15.00 på onsdagar. Analyseras 1 gång/vecka, kontakta lab 018- 611 41 83
---	--	--

Provtagningsanvisningar: <http://www.labhandbok.se/> samt övrig info www.akademiska.se/kitm