Ange svarsadress

Handskriven kod:

Debiteras (om annan än svar till)

Handskriven kod:

Personnummer/reservnummer

Maskinskrivet nummer innanför ramen

Namn

Om handskrivet nummer ange här:

Remitterande läkare

Tfn:

Provtagningsanvisning:

Kontakta CoMlab innan provtagning på 018-611 42 21
Prov transporteras i rumstemperatur

Prov taget: **År** 15 16 17 18 19 20 **Dag** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Månad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 **Timme** 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 **Minuter** 00 10 20 30 40 50

Flödescytometri, Klinisk kemi och farmakologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Indikation.....

Immunbrist:

Primär neutrofildefekt

☐ Granulocytfunktion, screening
(Diagnostik av CGD, LAD, MPO -brist sekundärgranula-brist, fagocytosdefekt)

☐ Granulocytfunktion, utvidgad
(migration, receptorer, phox -proteiner, beroende på behov)

Rör : Natriumheparin - mörkblå/svart propp 7mL väl fyllt.
Kontakta CoMlab, tfn 018-611 42 21 innan provtagning.

Allergi:

Basofil aktiveringstest (BAT)

☐ (B) Baso - CDsens
Xolairbehandling allergiutredning, hyposensibilisering

Allergen1..... IgE ..... kE/L

Allergen2..... IgE .....kE/L

Allergen3..... IgE ..... kE/L

Allergen4..... IgE ..... kE/L

Totalt..... IgE ..... kE/L

Rör : Natriumheparin - mörkblå/svart propp 7mL väl fyllt
OBS! Till 4 allergen behövs 2 rör.
Kontakta CoMlab, tfn 018-611 42 21 innan provtagning.

Koagulation:

☐ B(Trc) -Receptorer
(GPIa, GPIb, GPIIb, GPVI fibrinogen-inbindning och frisättning från granula)

Provet lab tillhanda inom 1 timme

☐ B(Trc) - VASP
(monitorering av klopidogrel- och prasugrel- behandling)

Rör : Natrium-citrat - ljusblå/svart propp
Kontakta CoMlab, tfn 018-611 42 21 innan provtagning.

Övriga:

☐ B-Hemoglobin fetalt [Hb F]
(bedömning av storleken på fetomaternell blödning (FMH))

☐ (B) Lymf - CD4 + CD8+
(Vid diagnostik och uppföljning av HIV/AIDS)

Rör : EDTA - lila propp

2210545830

Akademiska laboratoriet, Klinisk kemi och farmakologi
Akademiska sjukhuset, 751 85 UPPSALA
Tfn: 018-611 42 21

Flödescytometri
Version 15-35

Om remissen behöver vikas, vik ↓ här