



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Klinisk genetik

Molekylärgenetisk diagnostik

Klinisk genetik
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala

Tel: 018-611 59 40
Fax: 018-55 40 25

kliniskgenetik@akademiska.se
www.akademiska.se/kliniskgenetik

Rörpost EH37

Familjenr.

AKUT (debiteras extra)

Inremitterande

Namn:

Avd/klinik:

Sjukhus:

Tel 1: Sökare:

Tel 2:

Fax/E-post:

Betalningsansvarig (om annan än inremitterande)

Provmaterial

Blod: EDTA (DNA diagnostik) DNA finns lagrat

DNA: *Extraherat från:*

Fibroblaster / Hud Annat:

Provtagningsdatum / 20..... kl

Signatur provtagare:

Samtycke

Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt vårdnadshavare) har fått information om att provet och tillhörande personuppgifter kan komma att sparas. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till att provet får sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

Nej, provgivaren samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. En "nej-talong" har skickats in.

Provgivaren är vid provtillfället oförmögen att fatta samtyckesbeslut .

Laboratoriets noteringar

Prov inkom den / 20..... kl

Antal rör och provtyp:

Prov nr. DNA nr.

Frysposition:

Sign /

Start odling / 20..... kl Sign.....

Patientnamn, Personnummer

Kön

Kvinna Man Okänt

Indikation

.....
.....

Känd mutation i familjen

Analys av känd mutation

Gen: Mutation:

Familjemedlem (personnr.):

Släktskap:

Undersökningen avser

Diagnostisk analys Anlagsbärrutredning

Lagring Segregationsanalys

Presymptomatisk analys (Patienten har fått information Ja Nej)

Annat (specificera):

Anamnes och familjehistoria

*Inkludera eventuella symtom/stigmata/övriga analysresultat.
Inkludera pedigree om möjligt.*

Samtycke bifogas (helexom) Har fått genetisk vägledning

Etnicitet För att utesluta vanligt förekommande varianter

.....