

Svar till (Avd.)

Debiteras (om annan än svar till)

Personnummer/reservnummer

Namn

LIDnummer

Remitterande läkare

Provtagningsanvisning: Prov förvaras i rumstemperatur

Tumörvävnad: Minst 1 cm<sup>3</sup> i sterilt transportmedium.

3-5 mellannålsbiopsier i steril NaCl.

Blod: 2 rör med heparintillsats, (ej gelrör).

Benmärg: 2 rör med heparintillsats (ej gelrör) + 2mL steril NaCl / rör.

Tfn: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**OBS!** Kontakta Cell- och Molekylär (CoM) lab före provtagning, tfn 018-611 42 56

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

**SAMTYCKE:**

Inskickande 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-talung bifogas.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

Diagnos

Anamnes/övrig information

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Primärtumör  Debut  
 Metastas  Relaps

Diagnos fastställd enligt PAD  
 Ja  Nej

Tidigare terapi med cancerläkemedel:  Ja  Nej

Om ja, sista kur, datum: \_\_\_\_\_

Vilka tidigare cancerläkemedel?:  
-----  
-----  
-----

Provmaterial: Tumörvävnad

Mellannålsbiopsi  
 Operationspreparat

Från vilket organ/anatomisk lokalisation har provet tagits  
-----  
-----

Följande cancerläkemedel önskas testade:

OBS! Rangordna de 5 läkemedlen som i första hand ska testas. (Vid lågt cellantal i provet)

- |   |  |                                       |                                       |
|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amsacrine        | <input type="checkbox"/> Dactinomycin  | <input type="checkbox"/> Gemcitabine  | <input type="checkbox"/> Palbociclib  |
| <input type="checkbox"/> Arsenic trioxide | <input type="checkbox"/> Dasatinib     | <input type="checkbox"/> Idarubicin   | <input type="checkbox"/> Ponatinib    |
| <input type="checkbox"/> Asparaginase     | <input type="checkbox"/> Daunorubicin  | <input type="checkbox"/> Imatinib     | <input type="checkbox"/> Prednisolone |
| <input type="checkbox"/> Bendamustine     | <input type="checkbox"/> Dexamethasone | <input type="checkbox"/> Irinotecan   | <input type="checkbox"/> Regorafenib  |
| <input type="checkbox"/> Bortezomid       | <input type="checkbox"/> Docetaxel     | <input type="checkbox"/> Lapatinib    | <input type="checkbox"/> Ruxolitinib  |
| <input type="checkbox"/> Busulfan         | <input type="checkbox"/> Doxorubicin   | <input type="checkbox"/> Melphalan    | <input type="checkbox"/> Sirolimus    |
| <input type="checkbox"/> Carboplatin      | <input type="checkbox"/> Epirubicin    | <input type="checkbox"/> Mitomycin    | <input type="checkbox"/> Sorafenib    |
| <input type="checkbox"/> Cisplatin        | <input type="checkbox"/> Erlotinib     | <input type="checkbox"/> Mitoxantrone | <input type="checkbox"/> Sunitinib    |
| <input type="checkbox"/> Cladribine       | <input type="checkbox"/> Etoposide     | <input type="checkbox"/> Nintedanib   | <input type="checkbox"/> Temozolomide |
| <input type="checkbox"/> Clofarabine      | <input type="checkbox"/> Fludarabine   | <input type="checkbox"/> Octreotide   | <input type="checkbox"/> Thioguanine  |
| <input type="checkbox"/> Crizotinib       | <input type="checkbox"/> Fluorouracil  | <input type="checkbox"/> Olaparib     | <input type="checkbox"/> Vemurafenib  |
| <input type="checkbox"/> Cytarabine       | <input type="checkbox"/> Gefitinib     | <input type="checkbox"/> Oxaliplatin  | <input type="checkbox"/> Vincristine  |
|   |  |                                       | <input type="checkbox"/> Vinorelbine  |
|   |  |                                       | <input type="checkbox"/> Vorinostat   |

Ev andra önskemål  
-----  
-----  
-----

Provmaterial: Blod/Benmärg

Benmärg  
 Blod

B-Leukocyter \_\_\_\_\_ 10<sup>9</sup>/L  
Blaster i blod \_\_\_\_\_ 10<sup>9</sup>/L

Om remissen behöver vikas, vik ↓ här

2974389530