

Svar till Handskriven kod: C	Debiteras (om annan än svar till) Handskriven kod: C	Personnummer/reservnummer <i>Maskinskrivet nummer innanför ramen</i> Namn Om handskrivet nummer ange här:
Remitterande läkare Tfn: _____		RIDnummer (maskinskrivet) ☐ Akut Laboratoriets noteringar ☐ V0 ☐ V10 ☐ V30 ☐ V60 ☐ K0 ☐ K10 ☐ K30 ☐ K60
Provtagningstid År Mån Dag Klockan Tid för senast intagen dos År Mån Dag Klockan		
Provtagare, sign Provmottagare, sign		

Läkemedel 1 1 rör utan tillsats ☐ S-Amikacin ☐ S-Digoxin ☐ S-Fenobarbital ☐ S-Fenytoin ☐ S-Gentamicin ☐ S-Karbamazepin ☐ S-Lamotrigin ☐ S-Levetiracetam ☐ S-Litium ☐ S-Metotrexat ☐ S-Tobramycin ☐ S-Valproat ☐ S-Vancomycin	Läkemedel 3 1 rör EDTA ☐ B-Ciklosporin ☐ B-Takrolimus ☐ B-Everolimus	Genotypning 1 rör EDTA ☐ CYP 2C9, genotyp ☐ CYP 2C19, genotyp ☐ CYP 2D6, genotyp ☐ NAT2, genotyp ☐ MTHFR, genotyp ☐ SLCO1B1, genotyp ☐ UGT 1A1, genotyp ☐ TPMT, genotyp ☐ DPYD, genotyp ☐ APOE, genotyp	Missbruksanalyser - screening 1 rör utan tillsats ☐ U-Amfetaminer ☐ U-Bensodiazepiner ☐ U-Buprenorfin ☐ U-Cannabis ☐ U-Kokain ☐ U-Metadonmetabolit EDDP ☐ U-Opiater ☐ U-Missbruksprofil screen (amfetaminer, bensodiazepiner, cannabis, kokain, opiater, metadon-metabolit) ☐ Verifiering önskas EJ (Vid påvisbara resultat görs automatiskt verifiering. Om verifiering inte önskas, ange detta i kryssrutan ovan)	Missbruksanalyser - verifiering 1 rör utan tillsats ☐ U-Amfetaminer (amfetamin inkl l/d-kvot, metaamfetamin, MDMA [ecstasy], MDA, MDEA, metylfenidat) ☐ U-Bensodiazepiner (temazepam, desmetyldiazepam, oxazepam, lorazepam, aminoklonazepam, hydroxiprazolam, hydroximidazolam, aminofunitrazepam, aminonitrazepam, hydroxitriazolam) ☐ U-Buprenorfin ☐ U-Cannabis (THC-COOH inkl kreatininkvot) ☐ U-Kokain (bensoylkegonin) ☐ U-Metadon (metadon, EDDP) ☐ U-Opiater (6-AM, etylmorf, kodein, morf, hydromorf, noroxikodon, oxikodon, fentanyl) ☐ U-Tramadol ☐ U-Missbruksläkemedel m.fl. (bupropion, gabapentin, ketamin, LSD, pregabalin, tapentadol, zolpidem, zopiklon, 3-/4-CMC) ☐ U-Drog- och läkemedelsprofil (verif inkluderar alla ovanstående substanser (39 analyter))
---	---	--	--	---

☐ **Annan läkemedelsanalys:**

Läkemedel som skall analyseras (vid dosändring ange även föregående dos och utsättningsdatum)	Styrka	Dosering	Insatt, datum (eller "sedan länge")	Utsatt, datum

Övriga läkemedel (om inga, ange "inga" eller "0")	Styrka	Dosering	Insatt, datum	Utsatt, datum

Diagnos/övriga upplysningar

Indikation för analys:
 ☐ Terapikontroll
 ☐ Intoxikation
 ☐ Annan: _____

Effekt ☐ God ☐ Tveksam ☐ Utebliven	Biverkningar ☐ Nej ☐ Ja ----- -----	Kliniska uppgifter ☐ Rökare ☐ Ej rökare ☐ Gravid, vecka ☐ Njurinsufficiens P-Kreatinin µmol/L	Har patient genomgått: allogen stamcellstransplantation ☐ levertransplantation ☐ Har patient erhållit blodtransfusion senaste månaden ☐	Längd cm Vikt , kg P-Albumin g/L
---	--	---	---	--

7975375182