

**Klinisk genetik, Laboratoriemedicin**

Norrlands universitetssjukhus, 901 85 UMEÅ

Telefon: 090 - 785 28 00, fax: 090 - 12 81 63

Svar skall sändas till adress inkl. postnummer.	Person nr (12 siffror):	
	Namn:	
Debiteras om annan än svarsmottagare	Adress:	
	Provtagn.datum:	Rem.läkare
	Avsändarens tel	Namnförtydligande

**Önskad undersökning:**

- Genetisk vägledning  
 Kromosomanalys  
 FISH-analys  
 DNA-analys  
 RNA-analys  
 QF-PCR-analys

**Insänt material**

- Blod Na-heparin  
 Benmärg  
 Blod EDTA  
 Hud/Abortmaterial  
 DNA

**Insänt material**

- CVS  
 Amnion  
 Annat: \_\_\_\_\_  
 Grav.vecka + dagar enl utraljud: \_\_\_\_\_

**Frågeställning:**
**Anamnes:**

 Specifika provtagningsanvisningar: [www.vll.se/laboratoriemedicin](http://www.vll.se/laboratoriemedicin)

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/ närstående) informerats om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan ska endast göras om patienten inte samtycker.

- Nej, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.  
 Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

**Laboratoriets egna anteckningar**

- Tidigare genetisk analys  
 Familjenr: \_\_\_\_\_  
 Gen och mutation  
 Kontrollgen  
 Skickas till: \_\_\_\_\_  
 Svar till mamman:  Ja  Nej  
 Kopia av svar till annan klinik: \_\_\_\_\_  
 Prioriteringsgrad  1  2

Anamneskontroll sign:

Antal metafaser:

Inskrivning:

Sättning:

Antal band:

Prep: