

Remitterande instans		Pat			
Tel nummer:					
Svarsmottagare (om annan än rem instans)		Tappad volym likvor mL		Prov.t datum år   mån   dag	
		Ankomsttid till lab klockan		Laboriets Lid nr:	
Tel nummer:		Centrifugeringstid klockan			
Debitering <input type="checkbox"/> Beställaren = rem instans <input type="checkbox"/> Svarsmottagaren		Rem.läkare			
<b>Biobankslagen</b>		<b>Anamnes, kliniska fynd, frågeställning:</b>			
<p>Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/ närstående) har fått information om – och samtycker – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Nej</b>, patienten samtycker <b>inte</b> till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas</p> <p><input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.</p>					
Cellräkning (Ery,Leuk poly/mono)..... <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Ej Akut		Laktat..... <input type="checkbox"/> Akut		Erythrocyter.....x10 <sup>6</sup> /L	
Glukos, <b>Csv + Plasma</b> ..... <input type="checkbox"/> Akut		Spektrofotometri, Abs 415 ..... <input type="checkbox"/> Akut		Leukocyter, poly.....x10 <sup>6</sup> /L	
Albumin..... <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Ej Akut		Albuminkvot, <b>Csv + Serum</b> ..... <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Ej Akut		Leukocyter, mono.....x10 <sup>6</sup> /L	
<p>Prov för spektrofotometri måste centrifugeras inom 30 min. Abs-kurva utförs endast vid misstanke om intrakraniell blödning efter kontakt med jourhavande läkare vid klinisk kemi.</p>				Sign:.....	
				Abs 415.....AU	
				Albumin.....mg/L	
				Albuminkvot.....	
<b>Cellanalyser</b>		<b>Likvorläckage <i>OBS! Även ett serumprov krävs</i></b>			
<input type="checkbox"/> Cytologi (cellräkning krävs för komplett bedömning)		<input type="checkbox"/> β trace protein ( Dropp från näsa, öron eller tårkanal )			
<b>Proteinanalyser <i>OBS! Även ett serumprov krävs</i></b>		<b>Neurotransmittorer</b>			
<input type="checkbox"/> Albuminkvot, IgG-, IgM-analys, IgG- och IgM-band		<input type="checkbox"/> Monoaminmetaboliter (HVA, 5-HIAA, HMPG)			
<input type="checkbox"/> Albuminkvot, IgG-analys., IgG-band		Längd.....cm Vikt .....kg			
<input type="checkbox"/> Komplettering med endast IgM-analys, IgM-band		<b>Kolinesterasaktivitet</b>			
<input type="checkbox"/> β <sub>2</sub> -mikroglobulin <b>Csv + Serum</b>		<input type="checkbox"/> Acetylkolinesterasaktivitet (AChE)			
		<input type="checkbox"/> Butyrylkolinesterasaktivitet (BChE)			
		<input type="checkbox"/> Före behandling <input type="checkbox"/> Uppföljning.....månader			
<b>Markörproteiner (<i>Beställ grupp eller enskild analys</i>)</b>		<b>Glykolipider</b>			
<input type="checkbox"/> Alzheimermarkörer: (Tau, β-Amyloid, Fosfo-tau)		<input type="checkbox"/> Gangliosider (GM1, GD1a, GD1b, GT1b)			
<input type="checkbox"/> Parenkyskademarkörer: ( NFL, GFAP,Tau)		<input type="checkbox"/> Sulfatid			
<input type="checkbox"/> Tau-protein		<input type="checkbox"/> GD3			
<input type="checkbox"/> Neurofilament light protein (NFL)		<b>Glykolipid-antikroppar</b> <input type="checkbox"/> Csv <input type="checkbox"/> Serum			
<input type="checkbox"/> Gliafibrillärt protein (GFAP)		<input type="checkbox"/> Anti- gangliosid			
<input type="checkbox"/> S-100 (Csv)		<input type="checkbox"/> Anti-sulfatid			
<b>DNA-analyser (<i>Helblod/EDTA-rör</i>)</b>					
<input type="checkbox"/> ApoE genotypning		<input type="checkbox"/> ACE genotypning		<input type="checkbox"/> MTHF-R genotypning	
				<input type="checkbox"/> Tau haplotyp	