

NATIONELL BIOBANK FÖR AKUT LEUKEMI

Inremitterande:.....

Patientnamn:.....

Sjukhus:.....

Personnummer:.....

Provtagningsdatum:.....

Provtagningsstid, kl.....

Diagnos: (ringa in rätt alternativ)

Misstänkt diagnos: AML/ALL/akut leukemi (ospec.)

Fastställd diagnos: AML/ALL

Annan misstänkt eller fastställd diagnos:.....

LPK:.....

blaster perifert:.....

Ja, patienten har informerats och gett sitt samtycke för biobankslagring

Ta 2 odlingsrör (med 8 mL odlingsmedium) och tillsätt ca 3-4 mL benmärg/rör

Eventuella kommentarer:.....

Provet skickas till:

Sektionen för Cytogenetik Laboratoriet för klinisk kemi Sahlgrenska Universitetssjukhuset 413 45 Göteborg 031-342 1248
