

Remitterande instans	Pat		
Tel nummer:			

Svarsmottagare (om annan än rem instans)	Provt.datum	Provtagningstid	Föregående provt.datum
	år mån dag	klockan	år mån dag
	Ankomsttid till lab klockan	Laboratoriets Lid-nr:	
Tel nummer:	Centrifugeringstid klockan		

Debitering	Rem.läkare
<input type="checkbox"/> Beställaren = rem instans <input type="checkbox"/> Svarsmottagaren	

Biobankslagen

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.

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.

Anamnes, kliniska fynd, frågeställning:

Medicinering (inkl p-piller):

PROVTAGNING SE ANVISNINGAR

Varje analys kräver en remiss och ett rör

<input type="checkbox"/> P-ACTH <input type="checkbox"/> P-ADH (AVP) <input type="checkbox"/> P-NPY <input type="checkbox"/> P-Oxytocin (OT) <input type="checkbox"/> P-PP	<input type="checkbox"/> U-ADH (AVP)
--	--------------------------------------

Analys av andra peptider kan utföras efter överenskommelse.