

Svar till



Patient (personnr, namn)

Reserverad plats för
laboratoriets provnummer

Betalningsansvarig/kombikod

Kopia till

Datum

Rem läkare

Inskickande av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om - och samtycker till - 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.

SNABBSVAR tel Packat och inskickat av tel

Preparatet utgörs av

Blodlaborationsdata

 Märgkula

Hb:

Transferrin:

Bas:

MCHC:

 Nålbiodpsi

Röda:

SR:

Lymfo:

MCH:

 Utstryksglas, antal

Vita:

N stav:

Mono:

EVF:

Trombocyter:

N segm:

Röd blodbild:

M-komponent:

Fe:

Eos:

MCV:

Anamnes, klinisk data, **obligatorisk**

Strålterapi, cytostatika, när?

 Nej

Klinisk diagnos

Frågeställning

LABORATORIEANTECKNINGAR

Burkar	Antal utstryksglas	
Granskare	Glemsa	Fe
BMA	Märgkula	
Klotsar	Nålbiodpsi	
Glas	Avvikelse	
Färgningar		
IH		
Efterbeställningar		

Inlämningsdatum

Unilabs
Klinisk Patologi/Cytologi
Mälarsjukhuset
631 88 Eskilstuna
Tel 016- 10 38 53

Unilabs
Klinisk Patologi/Cytologi
S:t Görans sjukhus
112 81 Stockholm
Tel 08-5870 3860

Unilabs
Klinisk Patologi/Cytologi
Skaraborgs Sjukhus
541 85 Skövde
Tel 0500-43 23 00

www.anvisningar.se/preanalys/remisser