

Remiss 2

Beställare

Patient-ID

Landstinget i Kalmar län Klinisk kemi och transfusionsmedicin, Oskarshamns sjukhus, 572 28 OSKARSHAMN, tfn 0491 - 78 23 31
 Klinisk kemi och transfusionsmedicin, Västerviks sjukhus, 593 81 VÄSTERVIK, tfn 0490 - 861 00
 Klinisk kemi och transfusionsmedicin, Länssjukhuset, 391 85 KALMAR, tfn 0480 - 811 26

Om remissen behöver vikas, vika här A5

		Handskrivet personnummer anges här		Sekel	År	Mån	Dag	Nummer												
Remitterande läkare sign	Provtagningstid			År	Mån	Dag	Tim	Min												
				2																
S-PROTEINER 36 <input type="checkbox"/> S-Akutfasproteiner (S-Albumin, S-alfa-1-Antitrypsin, S-Orosomuroid, S-Haptoglobin, S-CRP) <input type="checkbox"/> S-Komplementfaktorer S-C3, S-C4 (Inklusive S-Akutfasproteiner) <input type="checkbox"/> S-Nutritionsparametrar S-Transferrin, S-Transtyretin (Inklusive S-Akutfasproteiner) <input type="checkbox"/> S-IgG subklasser (S-IgG, S-IgG1, S-IgG2, S-IgG3, S-IgG4) <input type="checkbox"/> S-M-komponent (S-IgA, S-IgG, S-IgM, förekomst M-komponent) Övrigt:																				
TU-PROTEINER 37 <input type="checkbox"/> tU-Njurstatus (tU-Albumin, tU-IgG, U-Protein HC, U-Kreatinin) <input type="checkbox"/> tU-Bence Jones protein (tU-Albumin, tU-IgG, tU-Kappa, tU-Lambda, U-Kreatinin, förekomst Bence Jones protein)																				
Ange antal timmar vid urinsamling				Timmar		Ange volym vid urinsamling						mL								
CSV-PROTEINER 38 <input type="checkbox"/> Csv-Proteiner, fraktionerade (medicinsk bedömning, kräver även serumrör med etikett S-Proteiner 36) Anamnes, frågeställning:																				
S-PROTEINER 36 Analyser nedan kan beställas selektivt <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> S-Albumin, nef</td> <td><input type="checkbox"/> S-alfa-1-Antitrypsin</td> <td><input type="checkbox"/> S-Orosomuroid</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S-Haptoglobin, nef</td> <td><input type="checkbox"/> S-CRP, nef</td> <td><input type="checkbox"/> S-IgA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S-IgG</td> <td><input type="checkbox"/> S-IgM</td> <td><input type="checkbox"/> S-Ceruloplasmin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S-Transferrin, nef</td> <td><input type="checkbox"/> S-Transtyretin</td> <td></td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> S-Albumin, nef	<input type="checkbox"/> S-alfa-1-Antitrypsin	<input type="checkbox"/> S-Orosomuroid	<input type="checkbox"/> S-Haptoglobin, nef	<input type="checkbox"/> S-CRP, nef	<input type="checkbox"/> S-IgA	<input type="checkbox"/> S-IgG	<input type="checkbox"/> S-IgM	<input type="checkbox"/> S-Ceruloplasmin	<input type="checkbox"/> S-Transferrin, nef	<input type="checkbox"/> S-Transtyretin	
<input type="checkbox"/> S-Albumin, nef	<input type="checkbox"/> S-alfa-1-Antitrypsin	<input type="checkbox"/> S-Orosomuroid																		
<input type="checkbox"/> S-Haptoglobin, nef	<input type="checkbox"/> S-CRP, nef	<input type="checkbox"/> S-IgA																		
<input type="checkbox"/> S-IgG	<input type="checkbox"/> S-IgM	<input type="checkbox"/> S-Ceruloplasmin																		
<input type="checkbox"/> S-Transferrin, nef	<input type="checkbox"/> S-Transtyretin																			
S-ALLERGI 19 SCREENINGTESTER (Om screening utfaller positivt utförs alla ingående analyser, om enskild analys önskas beställ i fält "Övrigt allergi") <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Luftvägsallergi (Phadiatop; Timotej, Gråbo, Björk, Katt, Häst, Hund, Mögel, Kvalster) <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Födoämnen (fx5; Äggvita, Mjök, Fisk (Torsk), Vete, Sojaböna, Jordnöt) <input type="checkbox"/> Tilläggsbeställning. Utförs i efterhand endast för barn <12 år upp till 3 v efter första analystillfälle																				
GNAGARE <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Marsvin <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Kanin			INSEKTER <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Bigift <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Getinggift																	
LÄKEMEDEL <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Penicilloyl G <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Penicilloyl V			BURFÅGLAR <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Burfåglar (Undulat, Papegoja, Fink, Parakit)																	
ÖVRIGA FÖDOÄMNEN <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Hasselnöt <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Mandel <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Räka																				
MÖGEL <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Mögelarter (Penicillum, Cladosporium, Aspergillus, Alternaria)																				
KVALSTER <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Dermatophagoides pteronyssinus																				
YRKESALLERGEN <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Isocyanat (TDI, MDI, HDI, Ftalsyreanhydrid) <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Latex <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE Desinfektionsmedel (Etylenoxid, Ftalsyreanhydrid, Formaldehyd, Kloramin T)																				
ÖVRIGT ALLERGI (Inklusive allergena komponenter, ange:) <input type="checkbox"/> S-Ak, IgE:																				
								9856585613												

S-Proteiner 36	Gel (SST)	tU-Proteiner 37	Plast (PS)	Csv-Proteiner 38	MicroTube 2mL (pp)	S-Allergi 19	Gel (SST)
-------------------	-----------	--------------------	------------	---------------------	--------------------	-----------------	-----------

OBS! TAG RÄTT ETIKETT TILL RÄTT RÖR

Extra etiketter

--	--	--	--	--	--	--	--

ANVISNINGAR

OBS! Remiss och etikett får endast användas tillsammans!

Gjorda markeringar får ej raderas. Tag istället ny remiss.

Vik helst inte remissen, men om det behövs, vik vid markeringen.

Markera önskad analys i härför avsedd kryssruta. Använd kulspets (svart eller blå).

Fyll i provtagningstid, läkarsignatur, beställarkod och patient-ID. Om patient-ID ej anges med präglingsbricka eller streckkodsetikett textas den tydligt i härför avsedda boxar. Patientens namn anges alltid.

Placera streckods-etiketten så här. ➡



ALLERGI

Analyserna *Bigift*, *Getinggift*, *Penicilloyl G* och *Penicilloyl V* bör testas tidigast 2 veckor och senast 6 månader efter reaktion.

Remisser beställs från MA-enheten Centralförrådet Länssjukhuset 391 85 Kalmar