

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avsändare (postadress, telefonnummer, kostnadsställe)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Patient (personnummer, namn)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Särskild debiteringsadress                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Provtagningsdatum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Remitterande läkare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <div><b>BIOBANKSLAGEN</b><br/>Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har informerats enligt biobankslagen och om att personuppgifterna sparas samt att patienten vill att provet ska sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.<br/><input type="checkbox"/> Patienten <b>vill inte</b> att provet sparas, för ett eller flera ändamål. Nej-talong bifogas.<br/><input type="checkbox"/> Patienten är oförmögen att lämna samtycke och provet sparas tills vidare, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur.<br/>.....</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <div><b>Provmaterial</b><br/>Blodprov: <input type="checkbox"/> Blåsvätska <input type="checkbox"/> Sputum<br/><input type="checkbox"/> Blod, EDTA <input type="checkbox"/> CSV (Likvor) <input type="checkbox"/> Sårsekret<br/><input type="checkbox"/> Plasma, EDTA <input type="checkbox"/> Feces <input type="checkbox"/> Cervixsekret<br/><input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Glaskropp <input type="checkbox"/> Urin<br/><input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Kräkning <input type="checkbox"/> Vävnad<br/><input type="checkbox"/> Benmärg <input type="checkbox"/> Nasofarynxsekret <input type="checkbox"/> Ögonsekret<br/><input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Annat:</div> |  | Lab nr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Insjuknandedag: _____<br>Graviditetsvecka: _____<br>Exponerad för virus: _____<br>Vaccinerad datum: _____<br>Erhållet blodprodukt: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <div><b>Klinisk bild</b><br/><input type="checkbox"/> Adeniter <input type="checkbox"/> Fosterdöd <input type="checkbox"/> Myalgi<br/><input type="checkbox"/> Artrit <input type="checkbox"/> Gastroenterit <input type="checkbox"/> Myokardit<br/><input type="checkbox"/> Encefalit <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> Neonatal infektion<br/><input type="checkbox"/> Exantem <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> Pneumoni<br/><input type="checkbox"/> Facialispares <input type="checkbox"/> Konjunktivit <input type="checkbox"/> Tonsillit<br/><input type="checkbox"/> Feberutredning <input type="checkbox"/> Meningit <input type="checkbox"/> ÖLI</div>                        |  | <input type="checkbox"/> <b>Telefonsvar</b><br><input type="checkbox"/> <b>Akutsvar</b><br>Tfn nr: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Immunitetsundersökning<br><input type="checkbox"/> Sjukdomsmissstanke<br><input type="checkbox"/> Transplantations-utredning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <div><b>Annan klinisk upplysning/specificerat önskemål "Stickskada"- patient</b><br/><input checked="" type="checkbox"/> Analys med ledning av klinisk bild (Ange eventuella uppgifter om tidigare känd blodburen smitta)<br/><input type="checkbox"/> Pågående behandling</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <div><b>Serologi (antikroppspåvisning)</b><br/>IgG IgM<br/><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Parvo B19 (femte sjukan)<br/><input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Polio<br/><input type="checkbox"/> EBV (körtelfeber) <input type="checkbox"/> Rubella (röda hund)<br/><input type="checkbox"/> HHV6 (tredagarsfeber) <input type="checkbox"/> Toxoplasma<br/><input type="checkbox"/> HSV (herpes simplexvirus) <input type="checkbox"/> TBE<br/><input type="checkbox"/> Morbilli (mässling) <input type="checkbox"/> VZV (vattkoppor)<br/><input type="checkbox"/> Parotit (påssjuka) <input type="checkbox"/> Zika<br/><input type="checkbox"/> Neuroropa virus (IgG/IgM) (OBS! CSV skall åtföljas av serum) HSV-1, HSV-2, Morbilli, TBE, VZV, Toxoplasma gondii<br/><input type="checkbox"/> TORCH (IgG/IgM) Toxoplasma, Rubella, CMV, HSV-1, HSV-2, Parvo B19</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <div><b>Hepatit- och HIV-serologi</b><br/><input type="checkbox"/> Hepatit A, B, C block <input type="checkbox"/> Hepatit C (HCV-Ag)<br/><input type="checkbox"/> Hepatit A, IgG (immunitet) <input checked="" type="checkbox"/> Hepatit C (anti-HCV)<br/><input type="checkbox"/> Hepatit A, IgM (akut sjukdom) <input type="checkbox"/> Hepatit D (anti-delta)<br/><input checked="" type="checkbox"/> Hepatit B, HBsAg <input type="checkbox"/> Hepatit E (anti-HEV)<br/><input type="checkbox"/> Hepatit B, anti-HBc <input checked="" type="checkbox"/> HIV (anti-HIV / HIV-Ag)<br/><input type="checkbox"/> Hepatit B, anti-HBs (immunitet) <input type="checkbox"/> HTLV I/II<br/><input type="checkbox"/> Syfilis</div>                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <div><b>PCR - Virusdetektion / kvantifiering</b><br/><input type="checkbox"/> Adeno-DNA <input type="checkbox"/> HIV-RNA<br/><input type="checkbox"/> CMV-DNA <input type="checkbox"/> HPV-DNA (humant papillomavirus)<br/><input type="checkbox"/> MERS-Corona RNA <input type="checkbox"/> HSV-DNA (herpes simplex virus 1 + 2)<br/><input type="checkbox"/> EBV-DNA <input type="checkbox"/> HSV-1-DNA<br/><input type="checkbox"/> Enterovirus-RNA <input type="checkbox"/> HSV-2-DNA<br/><input type="checkbox"/> Hepatit A, HAV-RNA <input type="checkbox"/> Morbilli-RNA (mässling)<br/><input type="checkbox"/> Hepatit B, HBV-DNA <input type="checkbox"/> Parotit-RNA (påssjuka)<br/><input type="checkbox"/> Hepatit B genotyp <input type="checkbox"/> Parvo B19-DNA (femte sjukan)<br/><input type="checkbox"/> Hepatit C, HCV-RNA <input type="checkbox"/> Polyoma-DNA (JC/BK)<br/><input type="checkbox"/> Hepatit C genotyp <input type="checkbox"/> Rubella-RNA (röda hund)<br/><input type="checkbox"/> Hepatit D, HDV-RNA <input type="checkbox"/> TBE-RNA<br/><input type="checkbox"/> Hepatit E, HEV-RNA <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii-DNA<br/><input type="checkbox"/> HHV6-DNA (tredagarsfeber) <input type="checkbox"/> VZV-DNA (vattkoppor)<br/><input type="checkbox"/> HHV7-DNA <input type="checkbox"/> Zika-RNA<br/><input type="checkbox"/> HHV8-DNA</div> |  | <div><b>Infertilitetsutredning</b><br/><input type="checkbox"/> HIV, Hepatit B (HBsAg), Hepatit C (anti-HCV), HTLV I/II, Syfilis</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <div><b>Graviditetsscreening</b><br/><input type="checkbox"/> HIV, HBsAg, Syfilis <input type="checkbox"/> Rubella<br/><input type="checkbox"/> Misstänkt hepatit C (anti-HCV)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <div><b>Laboratoriets anteckningar</b></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <div><b>PCR-Block</b><br/><input type="checkbox"/> CNS-infektion, snabb-PCR (Neuroropa virus i CSV)<br/>HSV-1, HSV-2, VZV, enterovirus, HHV-6, parechovirus, CMV<br/>E. coli, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, meningokocker, Grupp B Streptokocker, pneumokocker<br/>kryptokocker<br/><input type="checkbox"/> Gastroenteritblock<br/>Calicivirus (norovirus, sapovirus), rotavirus<br/>astrovirus, adenovirus<br/><input type="checkbox"/> Luftvägsblock<br/>Influenta A/B, RSV, parainfluenta, metapneumovirus, coronavirus, rhinovirus, enterovirus, bocavirus, adenovirus<br/>Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pertussis, Chlamydia pneumoniae (TWAR)</div>                                                                 |  | <div><b>Resistensbestämning</b><br/><input type="checkbox"/> CMV proteinkinas, UL97<br/><input type="checkbox"/> CMV DNA-polymeras, UL54<br/><input type="checkbox"/> HBV reverst transkriptas<br/><input type="checkbox"/> HCV NS5A<br/><input type="checkbox"/> HCV NS3<br/><input type="checkbox"/> HIV reverst transkriptas och proteas<br/><input type="checkbox"/> HIV integras<br/><input type="checkbox"/> HIV V3-tropism<br/><input type="checkbox"/> HSV tymidinkinas<br/><input type="checkbox"/> HSV DNA-polymeras<br/><input type="checkbox"/> VZV tymidinkinas<br/><input type="checkbox"/> VZV DNA-polymeras</div> |