VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

PROVTAGNINGSANVISNING

Kst 23920

Hematologimottagningen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Bruna Stråket 5 våning 5
413 45 Göteborg

Fax 031-82 02 69

Personnummer……

Namn……

Återbesök planeras: **……..**

VGR-id.....

Läkares namn .....

Team ☐ Med 63 Lymf ☐ Med 64 ALT ☐ Med 65 Mye ☐ Med 66 MPN ☐ Med 67 BMT ☐ Med 23 PAL

Ny provtagning:

☐ Idag
☐ ca ……v före återbesök
☐ Regelbundet var……../v
☐ Regelbundet var……../mån

Prover kan tas på:

☐ Provtagningscentral SU/ÖS/MÖ/Närhälsan VC/Högsbo eller på Hematologens provtagningsenhet
☐ Endast på hematologens provtagningsenhet

☐ **Blodstatus**
☐ B-Hb
☐ B-LPK
☐ B-TPK
☐ B-Neutrofila
☐ B-Diff maskin
☐ B-EVF
☐ B-Ery
☐ B-Index (MCH, MCV, MCHC)
☐ B-Retik
☐ B-Glukos
☐ hapto

☐ **Elstatus**
☐ P-Natrium
☐ P-Kalium
☐ Kreat + eGRF
☐ P-Calcium
☐ S-Caliumjon
☐ P-Albumin

☐ **Leverstatus**
☐ P-ASAT
☐ P-ALAT
☐ P-ALP
☐ P-Bilirubin

☐ P-CRP
☐ B-SR
☐ S-Urat
☐ S-LD
☐ Järnpaket
☐ S-Fritt T4/TSH
☐ S-B12/S-Folat
☐ S-beta2-Mikroglobulin
☐ HDL, LDL, kol, TG

☐ M-komponent, IGG, IGA, IGM
☐ FLC Kappa/Lambda
Fri Kappa kedja
Fri Lambda Kedja
☐ S-Proteinbedömning
☐ TU-Proteinbedömning

☐ Bcr/Abl (Remiss Klin Kem 4 Hematologi)
☐ MRD …….. (Remiss)

Övriga prover (Obs ev remiss)

☐ ..... ☐ ..... ☐ .....
☐ ..... ☐ ..... ☐ .....
☐ ..... ☐ ..... ☐ .....

☐ Längd ☐ Vikt ☐ EKG

Postadress:
Sektionen för hematologi och koagulation
Bruna stråket 5 plan 5
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:
031-342 10 00

Webbplats:
sahlgrenska.se

2023-10-24 rev 6