

## PAL PROVTAGNINGSANVISNING

Kostnadsställe: 23920  
Hematologimottagningen SU/S Fax  
031-82 02 69

**Prover skickas till:**

Klinisk kemi  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,  
Bruna stråket 16  
413 46 Göteborg

Personnummer.....

Namn.....

VGR-id.....

Återbesök planeras: .....

Läkares namn.....

**Team**      Med 63<sub>Lymf</sub>      Med 64<sub>ALT</sub>      Med 65<sub>Mye</sub>      Med 66<sub>MPN</sub>      Med 67<sub>BMT</sub>      Med 23<sub>PAL</sub>

**Ny provtagning:**

Idag      Datum.....

ca .....v före återbesök

Regelbundet var...../v

Regelbundet var...../mån

Provtagningsintervall gäller:.....

**Patienten bokar provtagning på:.....**

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

Endast på hematologens provtagningsenhet

Privat Vårdcentral (Pappersremiss)

Hemsjukvård/Boende (Remiss Faxas)

Blodstatus	Elstatus	P-CRP	M-komponent, IGG, IGA, FLC Kappa/Lambda Fri Kappa kedja Fri Lambda kedja
B-Hb	P-Natrium	B-SR	
B-LPK	P-Kalium	S-Urat	S-Proteinelfores
B-TPK	Kreat+eGRF	S-LD	TU-Proteinelfores
B-Neutrofila	P-Calcium	Järnpaket	Bcr/Abl (Remiss klin Kem 4 Hematologi)
B-Diff maskin	S-Calciumjon	Magnesium	
B-EVF	P-Albumin	S-Fritt T4/TSH	MRD (Remiss klin Kem 4 Hematologi)
B-Ery	<b>Leverstatus</b>	S-B12/S-Folat	Cya Koncentration
B-Index (MCH, MCV, MCHC)	P-ASAT	S-beta2-Mikroglobulin	
B-Retik	P-ALAT	HDL, LDL, kol, TG	
B-Glukos	P-ALP		
P-Haptogl	P-Bilirubin		

**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 11 40