REM 0494-7.0

Remiss Tillväxtlaboratoriet

växthuset

Svarsmottagare och tel till avd/mott **Läkare:**	**Patient id**
Faktura mottagare (om annan än ovan)**:**	**Önskad analys** Samtliga analyser tas i serumrör med gel (Guldgult) ☐ **IGF-I/IGFBP-3** (minst 0,5 ml blod) ☐ **Östradiol, ultrakänslig** (minst 1 ml blod) ☐ **Testosteron, känslig** (minst 1,5 ml blod)
Provtagning Datum: Klockslag: Längd: Vikt: Provtagare:	**Pubertet** Testikelvolym (mL): hö: vä: Genitalia (1-5): PH (1-5): Bröst (1-5): Menarke (datum):
Anledning till provtagning	
Pågående hormonbehandling	**Nutritionsstatus** ☐ Normal ☐ Hög ☐ Låg
Biobankslagen Inskickandet av detta prov bekräftar att patienten (alt. vårdnadshavare/närstående) fått information om -och **samtycker** till- att provet och tillhörande personuppgifter sparas i enlighet med biobankslagen. Om patient/vårdnadshavare **inte samtycker** bifogas ifylld blankett ”E1.Ändring av samtycke”. https://biobanksverige.se/samtycke/andring-av-samtycke	
Laboratoriets anteckningar	**Ankomstdatum**

För info om analyser, provtagning m.m. besök:
www.sahlgrenska.se/tillvaxt-lab

Adress: Tillväxtlaboratoriet, Vitaminvägen 26,
Östra sjukhuset, 416 50 GÖTEBORG.
Telefon: 031-343 47 93