

# S-GH vid AITT remiss



Avsändare och tel nr avd/mott:	Patient id:
Läkare:	
<b>AITT start</b> Datum: Klockslag:  Längd: Vikt: Provtagare:	<b>Pubertet</b> ej bedömt <input type="checkbox"/> Testikelvolym (mL): hö: vä: Genitalia (1-5): PH (1-5): Bröst (1-5): Menarke (datum):
Nutritionstatus: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> låg <input type="checkbox"/> hög Pågående akut sjukdom: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Pågående medicinering:  Pågår GH-behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  <b>Senaste GH injektion</b> datum: Klockslag:	<b>Biobankslagen</b> Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) fått information om -och <b>samtycker</b> till- att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.  <input type="checkbox"/> Nej, patienten <b>samtycker inte</b> till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.  <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.
Anledning till provtagning:	
Laboratoriets anteckningar:	

För info om analyser, provtagning m.m. besök: [sahlgrenska.se/tillvaxt-lab](http://sahlgrenska.se/tillvaxt-lab)

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