



Svarsmottagare och tel till avd/mott	Patient id
Läkare:	
Faktura mottagare (om annan än ovan):	Önskad analys <u>Samtliga analyser tas i serumrör med gel (Guldgult)</u> ☐ IGF-I/IGFBP-3 (minst 1 ml blod) ☐ Östradiol, högkänslig (minst 1,5 ml blod) ☐ Testosteron, högkänslig (minst 1,5 ml blod)
Provtagning Datum: Klockslag: Längd: Vikt: Provtagare: Prov taget venöst: ☐ Ja ☐ Nej	Pubertet Testikelvolym (mL): hö: vä: Genitalia (1-5): PH (1-5): Bröst (1-5): Menarke (datum):
Anledning till provtagning	
Pågående hormonbehandling	Nutritionstatus ☐ Låg ☐ Normal ☐ Hög
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.sahlqrenska.se/tillvaxt-lab

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