



Svarsmottagare och tel till avd/mott	Patient id:
Läkare:	
Fakturamottagare (om annan än ovan)	Belastning Preparat:
Start Datum: Klockslag: Längd: Vikt: Provtagare:	Pubertet ej bedömt ☐ Testikelvolym (mL): hö: vä: Genitalia (1-5): PH (1-5): Bröst (1-5): Menarke (datum):
Nutritionstatus ☐ låg ☐ normal ☐ hög Pågående hormonbehandling: Senaste GH injektion Datum: Klockslag:	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
Anledning till provtagning	
Laboratoriets anteckningar	Ankomstdatum

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

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