

Avsändare/svarsmottagare:		Patient id:
Debiteras (om annan än avsändaren):		
Läkare:		Pump nr:
GH-profil start Datum: Klockslag: GH-profil slut Datum: Klockslag: Längd: Vikt:		Pubertet ej bedömt ☐ Testikelvolym (mL): hö: vä: Genitalia (1-5): PH (1-5): Bröst (1-5): Menarke (datum):
Nutritionsstatus: ☐ normal ☐ låg ☐ hög Pågående akut sjukdom: ☐ Ja ☐ Nej Pågående medicinering: Pågår GH-behandling? ☐ Ja ☐ Nej 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:		

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

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