Skriv ut

Klinisk Patologi och cytologi Halland

Rem inrättning, klinik, avd/mott	Personnummer och namn
Rem läkare	

Flödescytometri, immunfenotypning

Region Halland

Önskad analys	Streckkod (anges av laboratoriet)
☐ CD19/CD20*	
☐ Lymfom**	
☐ BAL-vätska CD4/CD8***	

PROVTAGNING

Datum:..... Kl:..... Sign:.....

* EDTA-rör 3 mL, lila propp. Centrifugeras ej

** EDTA-rör 6 mL, lila propp eller benmärgssuspension. Centrifugeras ej

*** BAL-vätska i plaströr av polypropylen. Websesam art nr 53580

Anamnes

Läkare sign.

Biobank
Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten har fått information om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

☐ **Nej**, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.

☐ Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

Klinisk Patologi och cytologi Halland
Hallands sjukhus Halmstad
301 85 Halmstad, tfn 035-13 18 72