Region Halland

Beställning HEMATOPATOLOGI

Beställare	**Personnummer, namn:**

Provtagningsdatum	☐ **Snabbsvar** **Tel nr**:.....	☐ **SVF** OM DET ÄR SVF ANGE VILKEN PROCESS:

Beställning avser:

- ☐ Hematopatologi$_{B1}$
- ☐ Flödescytometri$_{B2}$
  - ☐ CD19/CD20
    EDTA-rör 3 mL, lila propp. Centrifugeras ej
  - ☐ Lymfom
    EDTA-rör 6 mL, lila propp eller benmärgssuspension. Centrifugeras ej.
  - ☐ BAL-vätska CD4/CD8
    BAL-vätska i plaströr av polypropylen.
- ☐ Eftergranskning Hematotologi$_{EB1}$

Anamnes

PLATS FÖR STRECKKOD, ANGES AV LABORATORIET

Antal provkärl	**Antal glas**

Datum	**Namnunderskrift**	**Namnförtydligande**

Laboratoriets interna anteckningar

Laboratoriets provnummer:	**Insändarens provnummer:**

Biobanken, inskickandet av denna beställning bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om och samtycker till - att provet och tillhörande - personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

Klinisk patologi och cytologi, Hallands sjukhus Halmstad, 301 85
Halmstad Tel 035-13 18 70
www.regionhalland.se/vardgivare