

SÄNDNINGSUPPGIFTER

Remitterande sjukhus och avdelning	Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Adress	Svarsadress om annan än uppdragsgivarens
Provet ankommer/transportsätt	Kontaktperson och telefonnummer

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA

Efternamn	Personbeteckning	Diagnos
Förnamn	Provtagningsdatum	Kundens provnummer

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR

SJUKDOMSASSOCIATIONSUNDERSÖKNING	FARMAKOGENETISK UNDERSÖKNING
<input type="checkbox"/> SPRV 5323 B -HLA-Addisons sjukdom, DNA-undersökning	<input type="checkbox"/> SPRV 5336 B -HLA-Abakavir-överkänslighet, DNA-undersökning
<input type="checkbox"/> SPRV 3604 B -HLA-B*27, DNA-undersökning (KL 3075)	<input type="checkbox"/> SPRV 5338 B -HLA-Allopurinol-överkänslighet, DNA-undersökning
<input type="checkbox"/> SPRV 5326 B -HLA-Basedows (Graves) sjukdom, DNA-undersökning	<input type="checkbox"/> SPRV 5350 B -HLA-Amoxicillin-klavulansyra, DNA-undersökning
<input type="checkbox"/> SPRV 5337 B -HLA-Behcets sjukdom, DNA-undersökning	<input type="checkbox"/> SPRV 5341 B -HLA-myelodysplastiskt syndrom, DNA-undersökning
<input type="checkbox"/> SPRV 5325 B -HLA-diabetes typ 1, DNA-undersökning	<input type="checkbox"/> SPRV 5384 B -HLA-Flucloxacillin-leverskada, DNA-undersökning
<input type="checkbox"/> SPRV 3627 B -HLA-celiaki, DNA-undersökning (KL 4640)	<input type="checkbox"/> SPRV 5385 B -HLA-Karbamazepin-överkänslighet, DNA-undersökning
<input type="checkbox"/> SPRV 5329 B -HLA-chorioretinopati (Birdshot), DNA-undersökning	
<input type="checkbox"/> SPRV 5322 B -HLA-kronisk autoimmun hepatit, DNA-undersökning	Annan HLA-undersökning, vad
<input type="checkbox"/> SPRV 5373 B -HLA-barnreumatism, DNA-undersökning	Ytterligare information
<input type="checkbox"/> SPRV 5327 B -HLA-multipel skleros, DNA-undersökning	
<input type="checkbox"/> SPRV 5334 B -HLA-myasthenia gravis, DNA-undersökning	
<input type="checkbox"/> SPRV 5328 B -HLA-sorkfeber, DNA-undersökning	Prov: 1 x 7 ml EDTA blod
<input type="checkbox"/> SPRV 5303 B -HLA-narkolepsi, DNA-undersökning (KL 4881)	
<input type="checkbox"/> SPRV 5331 B -HLA-ledgångsreumatism, DNA-undersökning (KL 4801)	
<input type="checkbox"/> SPRV 5332 B -HLA-psoriasis, DNA-undersökning	
<input type="checkbox"/> SPRV 5330 B -HLA-reaktiv artrit, DNA-undersökning	
<input type="checkbox"/> SPRV 5333 B -HLA-Reiters sjukdom, DNA-undersökning	
<input type="checkbox"/> SPRV 5324 B -HLA-rygggradsreumatism, DNA-undersökning	
<input type="checkbox"/> SPRV 5335 B -HLA-Sjögrens syndrom, DNA-undersökning	

IFYLLS AV BLODTJÄNST

Provet anlänt till Blodtjänst	datum	kl.	namnteckning	Ytterligare uppgifter
Svar faxat	datum	kl.	namnteckning	
Svar per telefon	datum	kl.	namnteckning	

SÄNDNINGSANVISNINGAR:

Adress: Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Mottagning av prover, Stenhagsvägen 7, 00310 Helsingfors

Remiss, provtagnings- och sändningsanvisningar samt undersökningsbeskrivningar: www.blodtjanst.fi > För hälsovårdsexperter

Förfrågningar om undersökningarna kan göras tel. 029 300 1796, må-fre 9-15, fax 09 454 6253