

UPPGIFTER OM FÖRSÄNDELSEN

Remitterande sjukhus och avdelning	Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Adress	Svarsadress om annan än uppdragsgivarens
Svar önskas <input type="checkbox"/> tfn <input type="checkbox"/> fax	Kontaktperson och tfn

Uppgifter om den undersökta

Efternamn	Personbeteckning	Diagnos
Förnamn	Kundens provnummer	Provtagningsdatum

BEHANDLANDE LÄKARE FYLLER I

Konstaterad IgA-halt (undersökt i lokalt laboratorium): _____ g/l	Datum för bestämningen av IgA-halten: _____
Fått blodprodukter <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja datum _____ fick patienten biverkningar	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja vilka _____
Fått plasmaprodukter <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja datum _____ fick patienten biverkningar	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja vilka _____
Fått immunglobulin <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja datum _____ fick patienten biverkningar	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja vilka _____

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR

SPRV 3770 **Utredning av IgA-rist** omfattar följande undersökningar som faktureras separat:

S Immunglobulin A, EIA, S IgA EIA, SPRV 3771. Undersökningen utförs på prover vars remiss anger att IgA koncentrationen som konstaterats i lokalt laboratorium ligger under metodens detektionsgräns.

S Immunglobulin A, antikroppar, S IgAAb, SPRV 5138, KL 3049. Undersökningen utförs endast om IgA koncentrationen i S IgA EIA undersökningen ligger under metodens detektionsgräns. (Blodtjänst bedömer behovet av tilläggsundersökningar.)

Frågeställning: (klinisk diagnos, vilken blodprodukt/immunglobulinbehandling (iv/im) patienten fått, behov av fortsatt vård, symtom på, tidpunkt för och behandling av biverkningarna)

--

FYLLS AV BLODTJÄNST

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

SÄNDNINGSANVISNINGAR:

Postadress: Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Vävnadsförenlighetsundersökningar, PB 2, 01731 Vanda

Leveransadress: Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Mottagning av prover, Vävnadsförenlighetsundersökningar, Oxlänken 13 C, 01730 Vanda

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

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

Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Oxlänken 13, 01730 Vanda, växel 029 300 1010, blodtjanst.fi
Veripalvelu® är ett registrerat varumärke.