



Svar till

Reserverad plats för
laboratoriets provnummer

Betalningsansvarig/kombikod

Patient (personnr, namn)

Kopia till

Datum

Rem läkare

Inskickande av denna remiss 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.

- 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.

AKUTSVAR tel

Preparat från

- Crista
- Sternum
- Annat

Rubriker med fet stil måste alltid ifyllas. Utförliga kliniska data är av värde för bedömningen.

De perifera blodvärdena bör ha tagits i anslutning till punktionen (angiv datum).

B-Hb		B-MCV			B-LPK			B-Trombocyter	B-Retikulocuter
g/l		fl			10 ⁹ /l			10 ⁹ /l	
B-Celler	Stav	Segm	Eos	Bas	Lymf	Mono	Övrigt		
S-Kobalaminer		B-Folat			M-komponent?		Andra laboratorieundersökningar		
pmol/l		nmol/l							

Behandling med tillväxtfaktorer, Fe, folsyra, kobalamin, blod, strålbeh., cytostatika. När? Hur mycket?

Anamnes, klinisk diagnos

Frågeställning

LABORATORIEANTECKNINGAR

Märgkula	Antal utstryksglas	
Genetik	Giemsa	Fe

REMISS BENMÄRGSENDERSÖKNING UTSTRYK