

**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**

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

**BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR**

<input type="checkbox"/> <b>SPRV 3770</b>	<b>Utredning av IgA-brist</b> omfattar följande undersökningar som faktureras separat. Provet bör vara separerat serum.  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](http://www.blodtjanst.fi)

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