

UPPGIFTER OM FÖRSÄNDELSEN		
Remitterande sjukhus och avdelning		Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Kontaktperson och tfn	Adress	Svarsadress om annan än uppdragsgivarens
UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA		
Efternamn	Personbeteckning	Diagnos
Förmamn	Kundens provnummer	Provtagningsdatum och tid

BAKGRUNDSINFORMATION OCH FRÅGESTÄLLNING		
<b>ANTIKOAGULATIONSBEHANDLING under den senaste månaden före provtagning</b> (Utredning för trombosbenägenhet rekommenderas vanligtvis inte under antikoagulationsbehandling)		
Vanligt heparin	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	slutdatum _____
Lågmolekylärt heparin	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	_____
Marevan	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	_____
Direkt peroral trombinhämmerare (dabigatran)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	_____
Direkt peroral FXa-hämmerare (apixaban, edoxaban, rivaroxaban)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	_____
Annan AK-behandling (t.ex. fondaparinux), vilken _____		
Använda koagulationsfaktorpreparat samt datum för senaste dos _____		
Tillstånd som kan ge upphov till akutfasreaktion (t. ex. kirurgi, infektion, svår sjukdom) under den senaste månaden? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		
<b>FRÅGOR FÖR KVINNOR</b>		
Är den undersökta gravid? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, grav.v. _____	Förlösning under de senaste tre månaderna? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	datum: _____
Använder den undersökta p-piller? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Använder den undersökta hormonersättningsbehandling? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
<b>FRÅGESTÄLLNING</b>		

Datum \_\_\_\_\_ Behandlande läkare \_\_\_\_\_ Tfn \_\_\_\_\_

BEGÄRAN OM UNDERSÖKNINGAR (Enskilda undersökningar på remissens baksida. Se tilläggsinformation i Fimlabs undersökningshandbok)	
Endast en del av undersökningarna kan utföras omedelbart (se <a href="http://www.fimlab.fi/Hemostaasi-ja_trombosytyttitukimukset">www.fimlab.fi/Hemostaasi- ja trombosytyttitukimukset</a> )	
Då det gäller brådskande prov bör anmälan göras i förväg till tfn 044 4728393. För brådskande undersökningar och jourundersökningar uppbärs en extra avgift enligt prislistan.	
Brådskande <input type="checkbox"/> prov som anländer efter kl 14 analyseras på nästa vardag	Svaret önskas att meddela tfn: _____
Jour <input type="checkbox"/> provet analyseras enligt överenskommelse med Fimlabs läkare (tfn 044 4728393)	fax: _____

UNDERSÖKNING AV BLÖDNINGSBENÄGENHET	UNDERSÖKNING AV TROMBOSBENÄGENHET
<input type="checkbox"/> KL 3355 <b>P -Utredning av blödningsbenägenhet</b> (APTT; TT; Protrombin; F V; F VII; F VIII; F X; F XIII; vWF-Akt; Fibrinogen)	<input type="checkbox"/> KL 4569 <b>B -Utredning av trombosbenägenhet</b> (Antitrombin; Protein C; Protein S; Koagulationsfaktor V -gen, DNA-undersökning; Protrombingen, DNA-undersökning; Fosfolipid, antikroppar; Trombintid; TT)
Har den undersökta blödningssymtom? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Vilken? _____	Har den undersökta haft en djup ventrombos eller lungemboli? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Var? När? _____
Poängen av blödningsförfrågan ( <a href="http://www.fimlab.fi">www.fimlab.fi</a> > Ohjekirja > Läheteet ja lomakkeet): _____	Annan trombos, vilken? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
Noggrannare uppgifter om den senaste blödningsepisoden och tidpunkten för den: _____	Har den undersökta haft graviditetskomplikationer? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja vilken, när? _____
Har släktingar av 1:a graden blödningssymtom? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Har släktingar av 1:a graden haft ventromboser? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
Har nära släktingar diagnostiserats med blödningsbenägenhet? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Har nära släktingar diagnostiserats med trombosbenägenhet? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja
Noggrannare: _____	Noggrannare: _____
Den undersökta ger sitt medgivande till att resultaten kan användas till nytta för närstående släktingar: <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Den undersökta ger sitt medgivande till att resultaten kan användas till nytta för närstående släktingar: <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja

UNDERSÖKNING AV FOSFOLIPIDANTIKROPPAR	
<input type="checkbox"/> KL 6490 <b>P -Fosfolipid, antikroppar</b> (Lupusantikoagulans*; Kardiolipinantikroppar; Beta-2-glykoprotein 1-antikroppar)	
* Om screeningtestet är positivt görs ett konfirmationstest, som faktureras separat.	
Har den undersökta haft ven- eller artärtromboser? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Vilken, när? _____
Har den undersökta haft upprepade missfall? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Tidpunkt för det senaste: _____
Har den undersökta haft graviditetskomplikationer? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Vilken, när? _____

## BEGÄRAN OM UNDERSÖKNINGAR

Kryssa för önskad undersökning eller ge Fimlabs specialist tillåtelse att välja undersökningar från anamnesen och de preliminära resultaten.

<input type="checkbox"/>	Fimlabs specialist väljer undersökningar	<input type="checkbox"/>	Inga tilläggsundersökningar får göras av provet
<b>BLÖDNINGSBENÄGENHETSUNDERSÖKNINGAR</b>		<b>TROMBOSBENÄGENHETSUNDERSÖKNINGAR</b>	
<input type="checkbox"/>	3355 P -Utredning av blödningsbenägenhet (APTT; TT; Protrombin; F V; F VII; F VIII; F X; F XIII; vWF-Akt; Fibrinogen)	<input type="checkbox"/>	4569 B -Utredning av trombosbenägenhet (Antitrombin; Protein C; Protein S; Koagulationsfaktor V -gen, DNA-undersökning; Protrombingen, DNA-undersökning; Fosfolipid, antikroppar; Trombintid; TT)
<input type="checkbox"/>	2783 P -Tromboplastintid, aktiverad, partiell (P -APTT) (FL 12783)	<input type="checkbox"/>	1103 P -Antitrombin
<input type="checkbox"/>	1731 P -Tromboplastintid (P -TT) (FL 11731)	<input type="checkbox"/>	3435 P -Protein C
<input type="checkbox"/>	2782 P -Trombintid (FL 12783)	<input type="checkbox"/>	4449 P -Protein S
<input type="checkbox"/>	1399 P -Fibrinogen	<input type="checkbox"/>	6490 P -Fosfolipid, antikroppar (Lupusantikoagulans*; Kardiolipinantikroppar; Beta-2-glykoprotein 1 -antikroppar)
<input type="checkbox"/>	2542 P -Protrombin (FII)	<input type="checkbox"/>	3578 P -Lupusantikoagulans*
<input type="checkbox"/>	2500 P -Koagulationsfaktor V	<input type="checkbox"/>	2782 P -Trombintid (FL 12782)
<input type="checkbox"/>	2506 P -Koagulationsfaktor VII	<input type="checkbox"/>	10151 Koagulationsfaktor V- och protrombingen, DNA-undersökning (innehåller B -FV-D och B -FII-D)
<input type="checkbox"/>	1097 P -Koagulationsfaktor VIII	* Om screeningtestet är positivt görs ett konfirmationstest, som faktureras separat.	
<input type="checkbox"/>	6244 P -Koagulationsfaktor VIII, rekombinant		
<input type="checkbox"/>	1211 P -Koagulationsfaktor IX		
<input type="checkbox"/>	2704 P -Koagulationsfaktor X		
<input type="checkbox"/>	2547 P -Koagulationsfaktor XI		
<input type="checkbox"/>	1509 P -Koagulationsfaktor XII		
<input type="checkbox"/>	4411 P -Koagulationsfaktor XIII		
<input type="checkbox"/>	6334 P -von Willebrand-faktor, aktivitet		

## UTREDNING AV VON WILLEBRANDS SJUKDOM

<b>Screening / Uppföljning av ersättningsbehandling</b>		<b>von Willebrands sjukdoms fortsättningsundersökningar</b>	
<input type="checkbox"/>	1097 P -Koagulationsfaktor VIII	<input type="checkbox"/>	4031 P -von Willebrand-faktor, antigen
<input type="checkbox"/>	6334 P -von Willebrand-faktor, aktivitet	<input type="checkbox"/>	6073 P -von Willebrand-faktor, kollagenbindningsförmåga
		<input type="checkbox"/>	4262 P -von Willebrand-faktor, multimerer
		<input type="checkbox"/>	1959 P -von Willebrand-faktor, FVIII-bindningsförmåga
		<input type="checkbox"/>	6072 B -von Willebrands sjukdom, typ 2, DNA-undersökning

## SPECIALUNDERSÖKNINGAR

<input type="checkbox"/>	1098 P -Koagulationsfaktor VIII, antikroppar	<input type="checkbox"/>	1849 P -Fibrinogen, antigen
<input type="checkbox"/>	4211 P -Koagulationsfaktor IX, antikroppar	<input type="checkbox"/>	4377 P -Antitrombin, antigen
<input type="checkbox"/>	6460 B -Antitrombin P73L -mutation, DNA-undersökning	<input type="checkbox"/>	4448 P -Protein C, antigen
<input type="checkbox"/>	6242 B -Protein C mutation W380D, DNA-undersökning	<input type="checkbox"/>	3577 P -Protein S, antigen

För tolkningen av undersökningsresultaten ska remissen innehålla den kliniska frågeställningen och uppgifter om patientens eventuella antikoagulationsbehandling (vilket läkemedel, när avslutats / fortfarande i bruk) eller om ersättningsbehandling med koagulationsfaktor (vilket läkemedel, när togs den senaste dosen).

Om någon koagulationsrubbning konstaterats hos en nära släkting är det önskvärt att remissen innehåller information av rubbningen/fyndet.

Närmare uppgifter om val av undersökningar och om omständigheter som påverkar undersökningarna finns i undersökningshandboken ([www.fimlab.fi](http://www.fimlab.fi)).

## SÄNDNINGSANVISNINGAR

Adress: Fimlab, Hemostas och trombocytlaboratorium, Fernissagatan 1, 01300 Vanda

Frågor om provtagning, sändning och transport: Hemostas- och trombocytlaboratorium tfn. 044 472 8393

Provtagnings- och sändningsanvisningar finns på [www.fimlab.fi](http://www.fimlab.fi) > Ohjekirja > Yleisohjeet > Hemostas- och trombocytlaboratorium

Fylls i av Fimlab

Provet anlänt till Fimlab	Datum	kl.	Namnteckning	Ytterligare uppgifter:
Svar per fax	Datum	kl.	Namnteckning	
Svar per telefon	Datum	kl.	Namnteckning	