

Klinisk Virologi, Laboratoriemedicin
Norrlands Universitetssjukhus
901 85 UMEÅ

Vid förfrågan: tfn 090-785 13 16/513 17

PROVTAGNINGSANVISNING V.g.se remissens baksida

Svar skall sändas till - adress inkl. postnummer

Person nr:
(10 siffror)

Namn

Adress

Debiteras om annan än svarsomtagare

Provtagningsdatum

Rem läkare

*Serologisk undersökning i förhållande till utredningsgång
för fastställande av coeliaki.*

Tidigare utförd analys?

Nej

Ja, När?

Symptom/kliniska data

screeningundersökning inför ev förstagångsbiopsi

elimination av gluten; antal mån/år

provokation med gluten; antal mån/år

Önskad undersökning

IgA och IgG gliadin

IgA transglutaminas

IgA endomyisum

IgA komjolk

.....

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) informerats om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan ska endast göras om patienten **inte** samtycker.

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.

UL 653 Strålin & Persson AB, Falun 023-350 60 10.000x1 04.11

SVAR

ELISA gliadin, index

IgA:

IgG:

ELISA transglutaminas, index

IgA:

IF endomysium, titer

IgA:

ELISA komjolk, index

IgA:

