


Svar ska sändas till:	Patientidentitet:	 14063022
Telefon: Telefax:		
Kopia av svar till: Särskild debiteringsadress:	Remitterande läkare: Signatur provtagare:	

Kliniska data/frågeställning:	Provtagningsdatum:	<p align="center">DIAGNOSTIK AV GLUTENINTOLERANS</p> <p>Misstanke om glutenintolerans/celiaki, dermatitis herpetiformis; utredning av malabsorption</p> <p><input type="checkbox"/> Screening vuxna och barn > 3 år (IgA, tTG IgA alt IgG)</p> <p><input type="checkbox"/> Screening barn < 3 år (IgA, tTG IgA alt IgG, gliadin IgA alt IgG)</p> <p>Enstaka analys:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> tTG IgA</td> <td>Vid IgA-brist:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gliadin IgA</td> <td><input type="checkbox"/> tTG IgG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Endomysium</td> <td><input type="checkbox"/> Gliadin IgG</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> tTG IgA	Vid IgA-brist:	<input type="checkbox"/> Gliadin IgA	<input type="checkbox"/> tTG IgG	<input type="checkbox"/> Endomysium	<input type="checkbox"/> Gliadin IgG
<input type="checkbox"/> tTG IgA	Vid IgA-brist:							
<input type="checkbox"/> Gliadin IgA	<input type="checkbox"/> tTG IgG							
<input type="checkbox"/> Endomysium	<input type="checkbox"/> Gliadin IgG							
Provtagning, serumrör: 1 rör för autoantikroppar 1 rör för immunoglobuliner och komplement 1 rör för glutenintolerans								
<input type="checkbox"/> Jag överläter åt laboratoriet att välja analyser med ledning av ovanstående kliniska uppgifter <input type="checkbox"/> Blodsmitta								

Skriv med svart kulpenna. Markera analys tydligt med X

AUTOANTIKROPPAR MOT	VASKULIT OCH NJURSJUKDOM	IMMUNOGLOBULINER OCH KOMPLEMENT
<p>VID REUMATOLOGISK SJUKDOM Misstanke om reumatoid artrit¹, SLE², sklerodermi³, mixed connective tissue disease⁴, primärt Sjögrens syndrom⁵, medikamentell lupus⁶, dermatomyosit/polymyosit⁷</p> <p><input type="checkbox"/> Citrullin-antikroppar, (anti-CCP)¹</p> <p><input type="checkbox"/> Reumatoid faktor¹, IgM</p> <p><input type="checkbox"/> ANA, antikroppar mot cellkärnor (rutin)²⁻⁶</p> <p><input type="checkbox"/> ANA, inkl centromerer (HEp 2-celler)²⁻⁶</p> <p><input type="checkbox"/> DNA² (utförs automatiskt om ANA är positiv)</p> <p><input type="checkbox"/> Centromerer³</p> <p><input type="checkbox"/> ENA (extraherbara nukleära antigener) omfattar: SSA^{2,5}, SSB⁵, U1-RNP^{2,4}, RNP-70⁴, Sm², Scl-70³, Jo-1⁷</p> <p><input type="checkbox"/> Jo-1⁷ <input type="checkbox"/> SSA (Ro) 52kD²</p> <p><input type="checkbox"/> Histoner⁶</p> <p>LEVERSJUKDOM Misstanke om autoimmun hepatit¹, LKM-syndrom², primär biliär cirrhos³</p> <p><input type="checkbox"/> Glatt muskulatur¹ <input type="checkbox"/> Liver kidney microsomes²</p> <p><input type="checkbox"/> Mitokondrier (AMA)^{1, 3}</p> <p>Med immunoblotteknik:</p> <p><input type="checkbox"/> AMA-M2³ <input type="checkbox"/> LKM-1² <input type="checkbox"/> SLA/LP¹</p> <p>PEMFIGUS¹ & BULLÖS PEMFIGOID²</p> <p><input type="checkbox"/> Hudens intercellulärsubstans¹</p> <p><input type="checkbox"/> Hudens basalmembran²</p> <p>PRIMÄR ADDISONS SJUKDOM</p> <p><input type="checkbox"/> Binjurebark</p>	<p>VASKULIT OCH NJURSJUKDOM Misstanke om systemisk vaskulit, Wegeners granulomatos, Goodpasture's syndrom</p> <p><input type="checkbox"/> AKUT, var god kontakta laboratoriet</p> <p><input type="checkbox"/> GBM+ANCA-screen. Omfattar glomerulärt basalmembran, proteinas-3, myeloperoxidas</p> <p><input type="checkbox"/> ANCA-screen. Omfattar proteinas-3 och myeloperoxidas</p> <p>Kvantifiering av känd antikropp</p> <p><input type="checkbox"/> Proteinase-3, ELISA</p> <p><input type="checkbox"/> Proteinase-3, capture ELISA</p> <p><input type="checkbox"/> Myeloperoxidas, ELISA</p> <p><input type="checkbox"/> Myeloperoxidas, capture ELISA</p> <p>SKÖLDKÖRTELSJUKDOMAR</p> <p><input type="checkbox"/> Thyreoideaperoxidas (mikrosomalt sköldkörtelantigen)</p> <p><input type="checkbox"/> Thyreoglobulin</p> <p><input type="checkbox"/> TSH-receptorer (TRAK)</p> <p>DIABETES</p> <p><input type="checkbox"/> GAD (glutaminsyradekarboxylas)</p> <p><input type="checkbox"/> IA2 (protein-tyrosin-fosfat)</p> <p>ÖVRIGA AUTOANTIKROPPAR</p> <p><input type="checkbox"/> Parietalceller (perniciös anemi)</p> <p><input type="checkbox"/> Kardiolipin (trombosbenägenhet)</p> <p><input type="checkbox"/> Acetylkolinreceptor (myastenia gravis)</p> <p><input type="checkbox"/> Tvärstrimmig muskulatur (myastenia gravis)</p>	<p>IMMUNOGLOBULINANALYSER Vid infektionsbenägenhet och/eller immunbristutredningar</p> <p><input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgD <input type="checkbox"/> IgE</p> <p><input type="checkbox"/> IgG1 <input type="checkbox"/> IgG2 <input type="checkbox"/> IgG3 <input type="checkbox"/> IgG4</p> <p><input type="checkbox"/> Anti-IgA-antikroppar (vid IgA-brist)</p> <p><input type="checkbox"/> Screening för specifik antikropsbrist</p> <p>KOMPLEMENTANALYSER Vid infektionsbenägenhet och/eller immunbristutredningar, SLE, glomerulonefrit, annan bindvävsjukdom</p> <p><input type="checkbox"/> C₃ <input type="checkbox"/> C₄ <input type="checkbox"/> C1q <input type="checkbox"/> Anti-C1q-antikroppar</p> <p>Komplementfunktion:</p> <p><input type="checkbox"/> Klassisk väg <input type="checkbox"/> Alternativ väg</p> <p><input type="checkbox"/> Aktivitetskontroll vid reumatisk sjukdom (C₃, C₄, C1q, komplementfunktion klassisk väg)</p> <p><input type="checkbox"/> Övrigt (kontakta gärna laboratoriet)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Medgivande enligt Biobankslagen

Inskickandet 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 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.