

**REMISS  
VÄVNADSTYPNING**

Ank.datum

Lab.nummer

Blodcentralen, Laboratoriecetrum  
901 85 UMEÅ  
090-785 00 00

Svar skall sändas till - adress inkl. postnummer.

Person, nr:  
(10 siffror)

Namn:

Adress:

Debiteras om annan än svarsmottagare

Remissen utfärdad

Avs./ Svaresmott.

Datum

Rem. läkare

Provet taget enligt gällande föreskrifter<sup>5</sup> (SOSFS, 1989:38)  
Var vänlig se remissens baksida.

Datum

Provtagare

Klinisk frågeställning

Önskad undersökning:

- HLA Klass I (A, B, C)
- HLA Klass II (DR, DQ)
- Cytotoxiska lymfocytantikroppar
- Familjeundersökning

Anhörig till:

- HLA - B 27 (Mb. Bechterew)
- HLA - DR 15 (2) (Narkolepsi)
- 

**Utlåtande**

Datum

Läkares sign