

<b>Personnummer</b> (12 tecken)	Kundens etikett	<b>Svar till:</b> Kundkod/MG-kod	<b>Telefon nr:</b>
<b>Namn</b> (efternamn, förnamn)		<b>Debiteras:</b> Kundkod/MG-kod	
<b>Adress</b> (om Kundkod/MG-kod saknas)		<b>(Reserverat för laboratoriet)</b>	
<b>Ev. kopia till:</b>			

**MELANOM utvidgad excision**

**SN-diagnostik**

**Primärtumör Lokal:**.....  **Höger**

**Vänster**  **Medellinje**

**Pre-op påvisat melanom: Breslow** ..... mm

**PAD-nr:** .....

**Sutmärkning av utvidgad excision: Kranialt**

**Prep Burk:** .....

**Makro marg vid utvidgad excision:** .....mm

**Annat:** .....

**Hö burk (nr) Vä burk (nr)**

**Lokal SN Axill**  .....  .....

**Fscl**  .....  .....

**Ljumske**  .....  .....

**Antal Non-SN:**.....

**Prep-burk:**.....

**Övrigt:**

**Tacksam för PAD+SN**

Antal skickade burkar	
-----------------------------	--

**Konferensdatum**.....**Återbesöksdatum**.....

Datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande	RSID
-------	-----------------	-------------------	------

**BIOBANKEN**

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 behandling och därmed förenlig verksamhet.

Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas får vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

**LABORATORIETS INTERNA ANTECKNINGAR**

Antal mottagna burkar	
-----------------------------	--

Uppackning	
------------	--

Ansvarig patolog	
---------------------	--