

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

Sentinel node Bröst Höger Vänster

Fryssnitt
tel

Preop diagnos

- Invasiv bröstcancer (C5/B5/M5)
 DCIS (C5/B5/M5)
 Misstanke om bröstcancer (C4/B4/M4-5)

Studiepatient

- Nej
 Ja

Antal SN (axill)
(blue / hot / palpabel)

Burk/Påse 1
Burk/Påse 2

Burk/Påse 3
Burk/Påse 4

Antal non SN.....

Annat.....

Konferensdatum.....**PAD-besked datum**.....

Antal
skickade
burkar

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 för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.
 Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

LABORATORIETS INTERNA ANTECKNINGAR

Antal
mottagna
burkar

Uppackning

Ansvarig
patolog

Klinisk patologi
251 87 Helsingborg
Tel exp: 042 - 406 19 77

Klinisk patologi
291 85 Kristianstad
Tel exp: 044 - 309 19 70

Klinisk patologi
221 85 Lund
Tel exp: 046 - 17 35 10

Klinisk patologi
205 02 Malmö
Tel exp: 040 - 33 14 02