

Rekvirent

Legenavn _____ HPR-nr. _____

Enhet/Legekontor _____

Adresse _____

Telefon _____

Postnr. _____ Poststed _____

Kortkode/
HER-id _____

Pasient

Fødselsdato _____

Personnr. _____

Kvinne ☐ Mann ☐

Etternavn - fornavn _____

Adresse _____

Poliklinisk ☐

Inneliggende ☐

Postnr. _____

Poststed _____

Rom-seng _____ - _____

Kopi av svar sendes til

Legenavn _____

HPR-nr. _____

Avdeling/Legekontor _____

Adresse _____

Postnr./sted _____

Prøvetakingstidspunkt

☐ D ☐ D ☐ M ☐ M ☐ Å ☐ Å
☐ T ☐ T ☐ M ☐ M

Prøvetakers signatur

Prøvemateriale

Alle DNA-baserte analyser: ☐ EDTA-blod, ett glass (3 ml).

Ved prøvetakning av småbarn/vanskelig prøvetakning aksepteres 0,5 mL

For laboratoriet

ID nr. _____

Fam. nr. _____

Rekvisisjon til gentesting for familiær hyperkolesterolemi

Se www.labfag.no for indikasjon og genpanel

Lipidanalyser:

Uten behandling: Lipidverdier **før** ev. kolesterolsenkende behandling

Sist målte verdier:

Årstall _____

Årstall _____

Totalkolesterol _____ mmol/L

Totalkolesterol _____ mmol/L

HDL-kolesterol _____ mmol/L

HDL-kolesterol _____ mmol/L

Triglyserider _____ mmol/L

Triglyserider _____ mmol/L

LDL-kolesterol _____ mmol/L

LDL-kolesterol _____ mmol/L

Fastende prøve Ja Nei

Fastende prøve Ja Nei

Kolesterolsenkende medikamenter ved sist målte verdier Ja Nei

Hvis ja - før opp medikament og dose:

Har pasienten:

			Hjerte-karsykdom		År, debut
Xantomer:	Ja	Nei	Angina pectoris	Ja	Nei _____
Xantelasmer:	Ja	Nei	Hjerteinfarkt	Ja	Nei _____
Annen sykdom (beskriv sykdom, debutår, behandling)			Perifer karsykdom	Ja	Nei _____

Sett kryss dersom det ved påvist mutasjon er ønskelig at kopi av svarbrevet blir sendt til pasient

Vi ønsker at du fyller ut slektsopplysninger så godt du kan, og hvis andre i slekten allerede har fått påvist en genfeil (mutasjon) som årsak til arvelig høyt kolesterol må det opplyses om hvem dette er og navnet på genfeilen

Slektsopplysning

Slektskap:	Navn:	Fødselsdato, evt år	Opplysninger om hjerte-, karsykdom, kolesterolverdi og evt. resultat av gentest
Far			
Mor			
Farfar			
Farmor			
Morfar			
Mormor			
Søsken:			
Dine barn:			
Din fars søsken:			
Din mors søsken:			
Andre opplysninger:			

Samtykke:

Undertegnede samtykker i at det taes blodprøve til genetisk diagnostikk med tanke på arvelig høyt kolesterol

Dato:

Underskrift: