

Rekvirent

Legenavn _____ HPR-nr. _____

Enhet/Legekontor _____

Adresse _____ Telefon _____

Postnr. _____ Poststed _____

Kortkode/HER-id _____

Pasient

Fødselsdato _____ Personnr. _____ Kvinne ☐ Mann ☐

Etternavn - fornavn _____

Adresse _____ Poliklinisk ☐

Postnr. _____ Poststed _____ Inneliggende ☐

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

Årstall _____

Totalkolesterol _____ mmol/L

HDL-kolesterol _____ mmol/L

Triglyserider _____ mmol/L

LDL-kolesterol _____ mmol/L

Fastende prøve Ja Nei

Sist målte verdier:

Årstall _____

Totalkolesterol _____ mmol/L

HDL-kolesterol _____ mmol/L

Triglyserider _____ mmol/L

LDL-kolesterol _____ mmol/L

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

Vennligst skriv inn pasientens telefonnummer: _____

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 tæs blodprøve til genetisk diagnostikk med tanke på arvelig høyt kolesterol	Dato:	Underskrift:
--	-------	--------------