

Hudbiopsi til alfa-synuklein RT-QulC (aSyn HUD RT-QulC)

Rekv. Hospital:

Hospitalets navn og adresse:

Afdelings navn og tlf. nr.:

Afdelingens SKS nr.:

Rekv. læges navn, tlf. nr., e-mail:

Patient:

Efternavn:

Navn:

CPR:

Hudbiopsi (3 mm fra halsregionen (C7), 5 cm paramedialt):

Hud-indsamlings dato:

Dato Hud sendes for analysen:

Hud-opbevaring*(markér en):

-20°C

-70°C

Patientens kliniske oplysninger:

Tab af lugtesans (hyposmi/anosmi):

ja

nej

ukendt

Obstipation:

ja

nej

ukendt

REM-søvnadfærdsforstyrrelse (RBD):

ja

nej

ukendt

Motoriske symptomer:

ja

nej

ukendt

Kognitiv svækkelse:

ja

nej

ukendt

Familieanamnese:

ja

nej

ukendt

Tid siden symptomdebut:

Mistænkt klinisk diagnose af:

Andet klinisk relevant: