

Cerebrospinalvæske til Prion 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:

CSV (1-2ml blød fri CSV i transparent polypropylen-rør):

CSV-indsamlings dato:

Dato CSV sendes for analysen:

CSV-opbevaring*(markér en):

-20°C

-70°C

CSV antal Leukocytter:

Erythrocytter:

Totalt protein:

Patientens kliniske oplysninger:

Motoriske symptomer:	ja	nej	ukendt
----------------------	----	-----	--------

Sensoriske symptomer:	ja	nej	ukendt
-----------------------	----	-----	--------

Psykiatriske symptomer:	ja	nej	ukendt
-------------------------	----	-----	--------

Kognitiv svækkelse:	ja	nej	ukendt
---------------------	----	-----	--------

Søvnløshed:	ja	nej	ukendt
-------------	----	-----	--------

Familieanamnese:	ja	nej	ukendt
------------------	----	-----	--------

Tid siden symptomdebut:

Andet klinisk relevant (f.eks. MRI / EEG-resultater):