

**KELIAKIA PIKATESTI (anti-transglutaminaasi IgA/IgG/IgM)/
CELIAKI SNABBTEST (anti-transglutaminas IgA/IgG/IgM)**

POTILAS/PATIENT

Potilaan nimi
Patientens namn

Henkilötunnus
Personbeteckning

Puhelinnumero
Telefon

Vastausosoite
Svarsadress

Tulokset/Resultaten

suomeksi på svenska

Lähtävän lääkärin nimi ja osoite
Remitterande läkarens namn och adress

Laskutusosoite (jos eri kuin lähtävän/lääkärin)
Faktureringsadress (om annan än avsändare/läkare)

Allekirjoittamalla suostun siihen että anonymisti, ilman nimeäni ja henkilötunnustani, näytteeni tuloksia ja tähän läheteeseen merkityjä tietoja voidaan käyttää lääketieteelliseen tutkimukseen.

Med min underskrift godkänner jag att testresultaten och i denna blankett angivna uppgifter kan användas anonymt, utan mitt namn och min personbeteckning, för medicinsk forskning.

Suostumus tieteelliseen tutkimukseen
Samtycke till vetenskaplig forskning

Potilaan allekirjoitus, Patientens underskrift

**VERINÄYTE JA KELIAKIATESTI (anti-transglutaminaasi IgA/IgG/IgM)
BLODPROV OCH CELIAKITEST (anti-transglutaminas IgA/IgG/IgM)**

Näyte otettu ja analysoitu (pvm)/
Datum för provtagning och analys:

Tulos/Resultat: Positiivinen/Positivt
 Negatiivinen/Negativt

KOMMENTIT/KOMMENTARER

VASTAUS/SVAR

- Vastaus lähetetään potilaalle/Svar skickas till patienten
 Vastaus annettu potilaalle/Svar givits till patienten

Näyttenumero
Provnummer

LASKUTUS/FAKTURERING

- Lasku lähetetään potilaalle/Faktura skickas till patienten
 Lasku annettu potilaalle/Faktura givits till patienten
 Maksettu/Betalt