

# Wieslab Remiss – Monitorering av biologiska läkemedel



## BESTÄLLNINGSPERSONINFORMATION

|                                                                          |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Beställande klinik – obligatoriskt</b><br>Postadress för svarsrapport | <b>Fakturaadress</b><br>Post- eller e-postadress för faktura |
| Referensnummer/kostnadsställe                                            |                                                              |

## REMITTERANDE LÄKARE

|                                                |         |
|------------------------------------------------|---------|
| Namn                                           |         |
| E-post                                         | Telefon |
| Datum för senaste behandling/Andra kommentarer |         |

## TERMS & CONDITIONS

Se våra villkor på [svarlifescience.com/wieslab-terms](https://svarlifescience.com/wieslab-terms)

## PATIENTINFORMATION

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>För- och efternamn</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Kön</b><br><input type="checkbox"/> Kvinna<br><input type="checkbox"/> Man<br><input type="checkbox"/> Annan |
| <b>Personnummer</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Provtagningsdatum</b>                                                                                        |
| Inskickandet av prov med denna remiss bekräftar att patienten (alt. vårdnadshavare/förvaltare) har fått information om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas enligt <a href="#">Terms and Conditions</a> .<br><input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas.<br><input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke. |                                                                                                                 |

## INSTRUKTIONER

**K** = Koncentrationsbestämning av läkemedel.  
**R** = Koncentrationsbestämning och ADA-analys.  
**A** = ADA-analys.

- Provet bör tas vid dalvärde, strax innan nästa läkemedelsdos ges. Dalvärdet är den minimala läkemedelskoncentrationen vid steady state och när variationerna av läkemedelsnivåer i serum är som lägst.
- Om läkemedlet kan påvisas i provet kan ADA (anti-läkemedelsantikroppar) inte säkert detekteras.

☒ Skickas fryst ☐ Skickas kylt ☐ Kan skickas i rumstemperatur

Utförliga instruktioner på [svarlifescience.com/sampling-instructions](https://svarlifescience.com/sampling-instructions)

## TRANSPORT

|                                                    |                                                         |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Vadderade kuvert &amp; små kartonger</b>        | <b>Företagspaket, frysta prover</b>                     |
| Skickas till Wieslab AB<br>Box 50117, 202 11 Malmö | Skickas till Wieslab AB<br>Lundavägen 151, 212 24 Malmö |

## KONTAKT

Tel. +46 (0)40-53 76 60  
E-post: [diagnostic.services@svarlifescience.com](mailto:diagnostic.services@svarlifescience.com)

Uppdaterad: 2025-12-08

## Analyser

### B-/T-CELLSHÄMMARE

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>K 615 Abatacept</b><br>Minst 0.7 mL serum per prov.                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>K 603 Rituximab</b><br><input type="checkbox"/> <b>R</b> Minst 0.7 mL serum per prov. |

### KOMPLEMENTHÄMMARE

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>K 613 Eculizumab</b><br>Minst 0.7 mL serum per prov. |
|----------------------------------------------------------------------------------|

### CYTOKINHÄMMARE

|                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>K 607 Tocilizumab</b><br><input type="checkbox"/> <b>R</b> Minst 0.7 mL serum per prov.                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>K 605 Ustekinumab</b><br><input type="checkbox"/> <b>R</b> Minst 0.7 mL serum per prov. ADA-analys endast vid låg läkemedelskoncentration. |

### INTEGRINHÄMMARE

|                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>K 136 Natalizumab</b><br><input type="checkbox"/> <b>R</b> Minst 0.7 mL serum per prov.                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>K 138 Vedolizumab</b><br><input type="checkbox"/> <b>R</b> Minst 0.7 mL serum per prov. ADA-analys endast vid låg läkemedelskoncentration. |

### TNF-ALFA-HÄMMARE

|                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>K 126 Adalimumab</b><br><input type="checkbox"/> <b>R</b> Minst 0.7 mL serum per prov. ADA-analys endast vid låg läkemedelskoncentration. |
| <input type="checkbox"/> <b>K 132 Certolizumab</b><br>Minst 0.5 mL serum per prov.                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>K 128 Etanercept</b><br>Minst 0.5 mL serum per prov.                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>K 130 Golimumab</b><br><input type="checkbox"/> <b>R</b> Minst 0.7 mL serum per prov. ADA-analys endast vid låg läkemedelskoncentration.  |
| <input type="checkbox"/> <b>K 124 Infliximab</b><br><input type="checkbox"/> <b>R</b> Minst 0.7 mL serum per prov. ADA-analys endast vid låg läkemedelskoncentration. |

### ÖVRIGT

|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>A 105 Erythropoietin</b><br>Minst 1 mL serum per prov. |
|------------------------------------------------------------------------------------|

Du har väl inte missat våra andra remisser? Vi har remisser för Neurologi, Autoimmunitet, och Monitorering av Biologiska läkemedel: [wieslab.se/remisser](https://wieslab.se/remisser)