

Beställare:		Personnr:	
		Namn:	
Remitterande läkare		Provtagningsdatum	Sign provtagare _____
Debitering om annan än svarsmottagaren		Antibiotikabehandling pågående planerad avslutad	Antibiotikaallergi
Grunddiagnos, anamnes, frågeställning		<input type="checkbox"/> Immunsupprimerad <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Diabetiker	
Provlokalisering:		Utlandsvistelse land/stad:	
Urinodling <input type="checkbox"/> Kastat mittstråleurin <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Tappat Pyelonefritmisstanke <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Blod/Kroppsvätskor <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Likvor (CSV) <input type="checkbox"/> Buksekret <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> Ledvätska <input type="checkbox"/> Pleuravätska <input type="checkbox"/> Trombocyter <input type="checkbox"/> Punktat	Parasiter <input type="checkbox"/> Cystor/maskägg <input type="checkbox"/> Trofozoiter <input type="checkbox"/> Cryptosporider, Cyclospora, Cystoisospora belli <input type="checkbox"/> Springmask (tejjprov) <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Schiztosoma, Haematob.	PCR – Klamydia/Gonorré <input type="checkbox"/> Urin (1a portionen) <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Övrigt _____ Övrig PCR <input type="checkbox"/> Influenza A/B, RS-virus <input type="checkbox"/> Calici <input type="checkbox"/> Herpes-1, Herpes-2 <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae
Sekret – Sår/Genitalia <input type="checkbox"/> Sår, ytligt <input type="checkbox"/> Sår, djupt <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> CVK/CDK <input type="checkbox"/> Djurbett <input type="checkbox"/> Drän <input type="checkbox"/> Kateter, övrig <input type="checkbox"/> Op-sår <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Öga, konjunktiva <input type="checkbox"/> Öga, Kornea <input type="checkbox"/> Öronsekret <input type="checkbox"/> Övrigt _____	Dermatofyter <input type="checkbox"/> Hudskrap <input type="checkbox"/> Hårstrå <input type="checkbox"/> Nagel <input type="checkbox"/> Övrigt _____ Jästsvamp <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Svalg/munhåla <input type="checkbox"/> Övrigt _____	Grupp B Streptokocker <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Navel (nyfödd) <input type="checkbox"/> Öga (nyfödd) <input type="checkbox"/> Öron (nyfödd) <input type="checkbox"/> Antigen i urin (endast spädbarn) <input type="checkbox"/> Övrigt _____	Serologi <input type="checkbox"/> Puumala (Sorkfeber) <input type="checkbox"/> Tularemi (Harpest) Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten fått information om – och samtycker till- att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Patienten är för närvarande oförmögen att lämna samtycke.
Biopsi/Vävnad <input type="checkbox"/> Biopsi <input type="checkbox"/> Benbank/bendonation <input type="checkbox"/> Sonikering	Faeces <input type="checkbox"/> Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia obs. ange smittland <input type="checkbox"/> Clostridium Difficile Multiresistenta bakterier <input type="checkbox"/> MRB Screen (MRSA, VRE, ESBL) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL	Övre luftvägar <input type="checkbox"/> Svalg –Streptokock A, C, G <input type="checkbox"/> Nasopharynx, allmän <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Bihålesekret <input type="checkbox"/> Övrigt _____	Sterilkontroll/Miljöprov <input type="checkbox"/> Formalinsterilisering Snabbtester <input type="checkbox"/> Legionella antigen i urin <input type="checkbox"/> Pneumokockantigen i urin/likvor <input type="checkbox"/> Övrigt _____
Nedre luftvägar <input type="checkbox"/> Borstprov <input type="checkbox"/> Bronsköjljvätska <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret/tub			