

 <b>AKADEMISKA SJUKHUSET</b>	LAB. NUMMER (etikett)		<b>CYTOLOGI</b>	
	Remitterande läkare		Namn, personnummer	
Remitterande enhet	Provtagande enhet	Datum Tid		
Debiteras	Kliniska uppgifter / frågeställning:			
Kopia till	TEXTA FÖR INSCANNING			
<input type="checkbox"/> <b>SNABBSVAR</b> Tfn/sökar/fax/rörpostnr: ----- ----- ----- -----	Provet utgöres av: <input type="checkbox"/> Bronkialsekret <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Blåssköljvätska <input type="checkbox"/> Endopap <input type="checkbox"/> Borstprov <input type="checkbox"/> Pleuraexudat <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Buksköljvätska <input type="checkbox"/> Punktat från: -----    Antal glas: -----			
Punktion önskas från:				
<b>Samtliga prover som skickas till laboratoriet sparas rutinmässigt</b> <b>SAMTYCKE:</b> Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har 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. Nej- talong bifogas.				
<input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.				
<b>LABORATORIETS ANTECKNINGAR</b>			<b>PRISKOD</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
			<b>LÄKARE</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
			<b>CYTODIAGNOSTIKER</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8394118532				