



LAB. NUMMER (etikett)

FOSTERUNDERSÖKNIG

Moder personnummer/reservnummer, namn

Remitterande läkare/kontaktuppgifter

Remitterande enhet

Remissdatum

Särskilda önskemål

Framfött datum

Placenta

**OBS! Medföljande placenta kommer
alltid att undersökas**

Kliniska uppgifter / frågeställning / **graviditetsanamnes** / **gestationsvecka** / **ultraljudsfynd**.
Innan ni skickar var god kontakta obduktionsavdelningen

I samband med att remissen signeras av läkare och skickas bekräftas att anhöriga är underrättade.

Underskrift av remitterande läkare:

Telefon:

LABORATORIETS ANTECKNINGAR

Remissen godkänd (sign patologi): Datum: Antal klossar:

Patologen kommer: Dag: Kl:

Särskilda undersökningar: