



LAB. NUMMER (etikett)

GYNEKOLOGISK CYTOLOGI

Namn, personnummer

Rem inst nr

Provtagare

Landst inr kod

Cytdiagn

Cyt läk

Rem instans

Undersökare

Särskilda önskemål och upplysningar

Provtagning (år,mån,dag)

Sista menstruation (år, mån, dag)

Anteckna årtal för tidigare positivt cytologiprov

ANAMNES OCH STATUS Kryssa i lämplig ruta (-or)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> P-piller mini (MP) | <input type="checkbox"/> Cykliskt Estrogen + Gestagen (CE) | <input type="checkbox"/> Total uterus extirp. (TU) |
| <input type="checkbox"/> P-piller combi (PC) | <input type="checkbox"/> Kontinuerligt Estrogen + Gestagen (KE) | <input type="checkbox"/> Subtotal uterus extirp. (SU) |
| <input type="checkbox"/> Spiral cu (SC) | <input type="checkbox"/> Pågående grav (GR) | <input type="checkbox"/> Koniserad (KO) |
| <input type="checkbox"/> Spiral hormon (SH) | <input type="checkbox"/> Post partum (P) | <input type="checkbox"/> Destruktiv portiotkirurgi (DP) |
| <input type="checkbox"/> P-spruta (PS) | <input type="checkbox"/> Postmenopaus (PM) | <input type="checkbox"/> Strålbeh. (SB) |
| <input type="checkbox"/> Estrogen lokalt (EL) | <input type="checkbox"/> Erosion (ER) | <input type="checkbox"/> Makr cx tumor (MT) |
| <input type="checkbox"/> Estrogen systematiskt (ES) | <input type="checkbox"/> Blödn. rubbn. (BR) | |

Samtliga prover som skickas till laboratoriet sparas rutinmässigt

SAMTYCKE:

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. |
|---|--|

CYTOLOGISKT UTLÅTANDE

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> NORMAL CYTOLOGISK BILD (N)
M00110 | <input type="checkbox"/> KÖRTELCCELLER SAKNAS (KS)
M09019 | <input type="checkbox"/> EJ BEDÖMBART (EB)
M09010 |
| <input type="checkbox"/> SE NEDAN (xx) | | <input type="checkbox"/> NEDSATT BEDÖMBARHET (NB)
M9005 |

SKIVEPITEL

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ASCUS (AS)
M69710 | HPV-inf (E7)
M76700 | CIN I (I)
M74006 | CIN II (II)
M74007 | CIN III (III)
M80702 | CANCER (CA)
M80703 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KÖRTELEPITEL

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| KÖRTELCCELLATYPI (KA)
M69720 | ADENOCARCINOM / AIS (MA)
M81403 | OKLAR ATYPI (OA)
M69700 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANNAN CELLATYPI**På grund av:**

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Blödning (BL) |
| <input type="checkbox"/> Inflammation (IN) |
| <input type="checkbox"/> Otillräckligt material (OM) |
| <input type="checkbox"/> Tekniskt fel (FEL) |
| <input type="checkbox"/> Sparsamt prov (SV) |

ÖVRIGA FYND

- | | | | |
|---|---|--|---|
| Rikl. leukocyter
<input type="checkbox"/> (D3) | Inga mikroorg.
<input type="checkbox"/> (E0) | Lactobaciller
<input type="checkbox"/> (E1) | Blandflora
<input type="checkbox"/> (E2) |
| Coccer
<input type="checkbox"/> (E3) | Trichomonas
<input type="checkbox"/> (E4) | Svamp
<input type="checkbox"/> (E5) | |

SCREENING

CYT. NR.

6888628084