

<b>Avsändare/svarsomtagare</b> (fullständig adress, telefonnummer.)		<b>Patient</b> (personnummer, namn)	
<b>Läkare</b>		<b>Provtagning</b> År Mån Dag Sign	<b>Lab identitet</b> (ifylles av mottagande lab)
<input type="checkbox"/> <b>Debitering</b> (om annan än remitterande) <input type="checkbox"/> Enligt smittskyddslagen			
<b>Svar till</b> (om annan än remitterande)			
<b>Biobankslagen:</b> Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt. vårdnadshavare/närstående) har fått information om – och samtycker att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet <input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker <u>inte</u> till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället <u>oförmögen</u> att lämna samtycke.			
<b>Kliniska upplysningar</b> (symptom, epidemiologi, frågeställning, risk för labsmitta, tex Brucella, tularemi mm)			<b>Etiketter</b> Blododlingsflaskor
<p>*I PCR för parasitologiska undersökningar ingår påvisning av tarmpatogena cystor (<i>Giardia intestinalis</i>, <i>Entamoeba histolytica</i> och <i>Cryptosporidium sp.</i>)</p> <p>** Mikroskopisk analys för påvisning av maskäggl</p>			
<b>Urin</b>		<input type="checkbox"/> <b>Immunsupprimerad</b>	<input type="checkbox"/> <b>Utlandsvistelse</b>
U-Nitrit (testr) Symptom Blåsink. Tid <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> < 4 tim <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> > 4 tim		<input type="checkbox"/> <b>Gravid</b>	Land ..... Avsedd ..... Pågående .....
<input type="checkbox"/> <b>Antibiotikabehandling</b>			
<b>Provmaterial/System</b>		<b>Analys/Komponent</b>	
<b>Urin</b> <input type="checkbox"/> Mittstråle <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Nefrostomi <input type="checkbox"/> Påsprov <input type="checkbox"/> Suprapubiskateter  <input type="checkbox"/> <b>Sårsekret,Ange:</b> Provlokal:..... <input type="checkbox"/> Ytlig <input type="checkbox"/> Djup  <input type="checkbox"/> <b>Feces</b> <input type="checkbox"/> <b>Tejpprov</b>  <b>Luftvägar</b> <input type="checkbox"/> Bihåla <input type="checkbox"/> Borstprov <input type="checkbox"/> Bronklavage (BAL) <input type="checkbox"/> Bronksekret <input type="checkbox"/> Nasofarynx <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Ögonsekret <input type="checkbox"/> Öronsekret		<b>Normalt sterila lokaler</b> <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> CAPD, Peritonealdialysat <input type="checkbox"/> Ledpunktat <input type="checkbox"/> Csv <input type="checkbox"/> Pleuraexudat <input type="checkbox"/> Vävnad/benbit provlokal ..... <input type="checkbox"/> Biopsi provlokal..... <input type="checkbox"/> Punktat, ange. <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Protes  <b>Övrigt</b> <input type="checkbox"/> Dränage,Ange Provlokal:.. <input type="checkbox"/> Intravasal kateter,kärlkateter Ange vad?..... <input type="checkbox"/> Perineum  <b>Genitala prov/STI</b> <input type="checkbox"/> Cervixsekret <input type="checkbox"/> Uretrasekret <input type="checkbox"/> Urin (1:a port.) <input type="checkbox"/> Vaginalsekret <input type="checkbox"/> Prostatasekret <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> Vagina/rektum	
<b>Mykologi</b> <input type="checkbox"/> Hår <input type="checkbox"/> Hud provlokal ..... <input type="checkbox"/> Nagel provlokal .....  <b>Miljö/hygien- prov</b> <input type="checkbox"/> Läkemedel <input type="checkbox"/> Bröstmjolk <input type="checkbox"/> Vatten <input type="checkbox"/> Sporprov  <input type="checkbox"/> <b>Annat</b> .....		<b>Bakteriologi</b> <input type="checkbox"/> Allmän odling <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi <input type="checkbox"/> Hemolytiska streptokocker <input type="checkbox"/> Cystisk fibros <input type="checkbox"/> Arkanobakterier <input type="checkbox"/> Difteri <input type="checkbox"/> Salmonella/Shigella/ Yersinia/Campylobacter <input type="checkbox"/> EHEC <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori antigen <input type="checkbox"/> Clostridium difficile toxin  <b>Blododling (sepsis)</b> <input type="checkbox"/> Allmän odling <input type="checkbox"/> Allmän odling +svamp <input type="checkbox"/> Endokardit <input type="checkbox"/> Endokardit+svamp <input type="checkbox"/> Brucella-odling  <b>Multiresistenta bakterier</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRG <input type="checkbox"/> Genotypning MRG Ange vad (ex Amp C)..... <input type="checkbox"/> <b>Annat</b> .....	
		<b>STI</b> <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis + Gonokock DNA <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Gonokocker odling  <b>Parasitologi</b> <input type="checkbox"/> PCR* <input type="checkbox"/> PCR* & mikroskopi** <input type="checkbox"/> Schistosoma urin/feces <input type="checkbox"/> Springmask <b>OBS! tejpprov</b> <input type="checkbox"/> Övrigt.....	
		<b>Mykologi</b> <u>Jästsavamp &amp; mögelsvamp</u> <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi <input type="checkbox"/> Cryptokockantigen  <u>Dermatofyter</u> <input type="checkbox"/> PCR (hud från fötter & naglar) <input type="checkbox"/> Odling & direktmikroskopi (övrig hud och hår)	
		<b>Övrigt</b> <input type="checkbox"/> Dialysvatten odling <input type="checkbox"/> Endotoxin <input type="checkbox"/> Sterilkontroll <input type="checkbox"/> Autoklavkontroll <input type="checkbox"/> Mikrobiologisk kontroll av läkemedel	