


Svar till	 Reserverad plats för laboratoriets provnummer	Patient (personnr, namn)
Betalningsansvarig/kombikod		

Kopia till	Provtagningsdatum	Rem läkare
------------	-------------------	------------

Inskickande 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.

Nej, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

SNABBSVAR tel **Antal flaskor/rör** **Antal glas** Lufttorkat Fixerat

Packat och inskickat av **Tel**

Preparatet utgörs av

<input type="checkbox"/> Borstprov	<input type="checkbox"/> Sputum I II III	<input type="checkbox"/> Blåssköljvätska	<input type="checkbox"/> Pleuraexsudat	<input type="checkbox"/> Punktat	<input type="checkbox"/> Ledvätska
<input type="checkbox"/> Bronk	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Ascites	<input type="checkbox"/> BAL	

Anamnes, kliniska data, **obligatorisk** Strålterapi, cytostatika, hormonterapi, när? Nej

Klinisk diagnos

Frågeställning

LABORATORIEANTECKNINGAR

Datum	Provtyp	Komponent	Avvikelse
Inskickade glas		Flaskor/rör	
Vätska ml		Vätska färg	
Preparerade glas och färgningar			
<input type="checkbox"/> Histo		<input type="checkbox"/> Immuno	
Preparerat av	Färgat av	Etiketterat av	
Diagnosförslag			
Datum, screenad av			Granskare
Inlämningsdatum			

REMISS ALLMÄN CYTOLOGI / PUNKTION

Version 2016-01-20