

Rem avd / Betalningsansvarig



Unilabs

Patientdata (personnr, namn)

Reserverad plats för  
laboratoriets provnummer

Kopia till

Datum

Provtagare

Antal glas/burkar .....  **SNABBSVAR** tel .....**PROVTYP**

- Cytologisk analys                       HPV-analys                       Cytologisk analys och triage för HPV vid LSIL

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten informerats om och samtycker till att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet, samt samtycker till att berörda vårdgivare får ta del av samlade uppgifter kring gynekologisk cellprovskontroll (sammanhållen journalföring).

**Ett kryss ska göras nedan om patienten inte samtycker.**

- Patienten samtycker inte till att prov sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.  
 Patienten samtycker inte till sammanhållen journalföring. Nej-talong bifogas.

**INDIKATION**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Screening                       | <input type="checkbox"/> Peroperativ cervixdiagnostik                   |
| <input type="checkbox"/> Symptom                         | <input type="checkbox"/> Uppföljning av dysplasi ≤2 år efter behandling |
| <input type="checkbox"/> Kontroll/utredning av atypi     | <input type="checkbox"/> Uppföljning av dysplasi >2 år efter behandling |
| <input type="checkbox"/> Uppföljning av obediömbart prov | <input type="checkbox"/> Uppföljning av behandlad invasiv cancer        |

**TOPOGRAFI** (ett eller flera alternativ)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fullständigt prov (2 portioner) | <input type="checkbox"/> Vagina      |
| <input type="checkbox"/> Portio                          | <input type="checkbox"/> Annat ..... |
| <input type="checkbox"/> Endocervix                      |                                      |

**ANAMNES**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SM datum (år/mån/dag) .....          | <input type="checkbox"/> Blödningsrubbnig                        |
| <input type="checkbox"/> Gravid vecka .....                   | <input type="checkbox"/> Tidigare strålbehandlad (år) .....      |
| <input type="checkbox"/> Post partum (år/mån/dag) .....       | <input type="checkbox"/> Pågående cytostatikabehandling          |
| <input type="checkbox"/> Menopaus                             | <input type="checkbox"/> Tidigare total hysterektomi             |
| <input type="checkbox"/> Hormonbehandling (östrogen/gestagen) | <input type="checkbox"/> Tidigare konisering/dysplasiabehandling |

**KLINISKT STATUS**

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> U.a.                        | <input type="checkbox"/> Hormonspiral |
| <input type="checkbox"/> Atrofi                      | <input type="checkbox"/> Kopparspiral |
| <input type="checkbox"/> Cervicit/avvikande flytning | <input type="checkbox"/> Blödning     |
| <input type="checkbox"/> Prolaps                     | <input type="checkbox"/> Cervixstenos |
| <input type="checkbox"/> Cervixpolyp                 | <input type="checkbox"/> Annat .....  |

**KOLPOSKOPI UTFALL**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ej utförd | <input type="checkbox"/> Låggradig atypisk             |
| <input type="checkbox"/> Normal    | <input type="checkbox"/> Högradig atypisk              |
|                                    | <input type="checkbox"/> Typ av TZ (1-3) .....         |
|                                    | <input type="checkbox"/> Swedscorepoäng (1-10 p) ..... |

**ÖVRIGT**

- Px taget vid undersökningen

Kommentar: