

Svar till



Reserverad plats för
laboratoriets provnummer

Patient (personnr, namn)

Betalningsansvarig/kombikod

Provtagningsdatum

Rem läkare, telefonnummer

Snabbsvar

SVF

Antal burkar/rör: Ofixerade..... Metanolfixerade.....
Etanolfixerade.....

Antal insända glas: Lufffixerade..... Etanolfixerade.....

Packat och insänt av: Tel.

Preparat utgörs av:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ascites | <input type="checkbox"/> Blässkölvätska | <input type="checkbox"/> BAL |
| <input type="checkbox"/> Borstprov | <input type="checkbox"/> Bronkskölvätska | <input type="checkbox"/> Bukskölvätska |
| <input type="checkbox"/> Ledvätska | <input type="checkbox"/> Likvor | <input type="checkbox"/> Pleuraexsudat |
| <input type="checkbox"/> Finnålpunktat | <input type="checkbox"/> Sputum | <input type="checkbox"/> Urin |
| <input type="checkbox"/> Övrigt | | |

Skadenummer

Kopia till

Lokalisation:

Anamnes, klinisk data, obligatorisk

Strålterapi, cytostatika, hormonterapi: Ja Nej När?

Klinisk diagnos:

Frågeställning:

Laboratorieanteckningar

Antal burkar/rör:

Antal glas:

Signatur:

Inlämningsdatum:

REMISS ALMÄNN CYTOLOGI / PUNKTION