
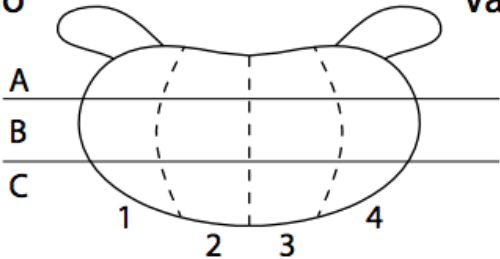


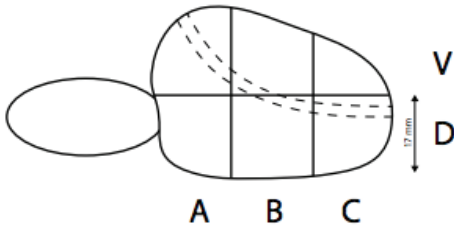
Svar till	 Unilabs Reserverad plats för laboratoriets provnummer	Patient (personnr, namn)
Betalningsansvarig/kombikod		Rem läkare
Skadenummer	Provtagningsdatum	Antal burkar
Kopia till	SNABBSVAR SVF	Packat och inskickat av Telefonnummer Prov i formalin Datum: KI:

Preparatet utgörs av
Mellannålsbiopsi prostata PSA-värde: Prostatavolym: T-stadium:

Anamnes, klinisk data, obligatorisk Strålterapi, cytostatika, hormonterapi, när? Nej

Hö Vä





Frågeställning
Malignitet?

Laboratorieanteckningar

Antal burkar/rör:

Signatur:

Inlämningsdatum: