

Svar till



# Unilabs

Reserverad plats för  
laboratoriets provnummer

Patient (personnr, namn)

Betalningsansvarig/kombikakod

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 burkar/rör ..... Prov i formalin dat ..... kl. ....

 **FRYSSNITT** tel .....

Packat och inskickat av ..... tel .....

Preparatet utgörs av

Mellannålsbiopsi prostata

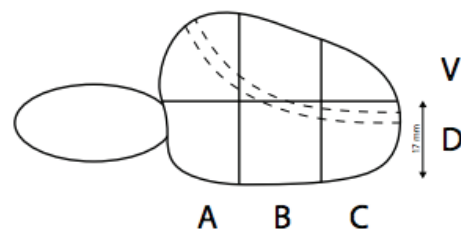
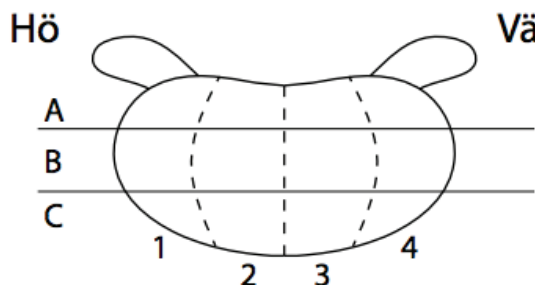
PSA-värde:

Prostatavolym:

T-stadium:

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

Övrig information:



Frågeställning

**Malignitet?**

## LABORATORIEANTECKNINGAR

		Burkar	Granskare	BMA	Avvikelse
		Klotsar	Glas		
		Storsnitt	Fryst matr	Foto/Rtg	Allt b
		Färgningar			Imprint
		IH			
		Efterbeställningar			

Inlämningsdatum: