Svar till

Unilabs

Reserverad plats för laboratoriets provnummer

Patient (personnr, namn)

Betalningsansvarig/kombikakod

Rem läkare

Antal burkar

Skadenummer

Provtagningsdatum

Packat och inskickat av

Telefonnummer

Kopia till

☐ **SNABBSVAR**

☐ **SVF**

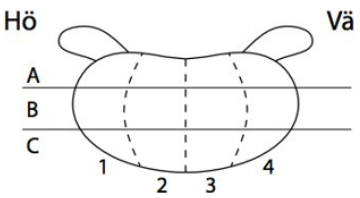
Prov i formalin

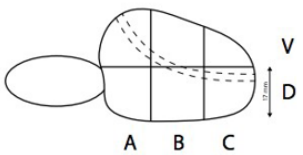
Datum: **Kl:**

Preparatet utgörs av

Mellannålsbiopsi prostata PSA-värde: Prostatavolym: T-stadium:

Anamnes, klinisk data, obligatorisk





Frågeställning

Återbesöksdatum

1AD		2AD		3AD		4AD	
1BD		2BD		3BD		4BD	
1CD		2CD		3CD		4CD	
1AV		2AV		3AV		4AV	
1BV		2BV		3BV		4BV	
1CV		2CV		3CV		4CV	

Laboratorieanteckningar

Antal burkar/rör:

Signatur:

Inlämningsdatum:

REMISS PROSTATABIOPSI

Version 2018-09-19

Unilabs kundtjänst tel.nr 07771-407740 www.anvisningar.se