

Beställare, svarsmottagare

Betalningsansvarig om annan än beställare



Patientidentitet (personnr, namn)

Handskrivet personnummer

LMA-nummer eller annan kompletterande information

Läkarkod      Remitterande läkare       Provtaget på PTC

Kopla till:       Faxsvar      Provtagningsenhet och signatur      Extern RiD nr

Månad: [1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12]      Dag: [1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24][25][26][27][28][29][30][31]      Timme: [00][01][02][03][04][05][06][07][08][09][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23]      Minuter: [00][10][20][30][40][50]

ANTIBIOTIKA: Ange preparat nedan

Avslutad      Pågående      Planerad

SÅR / ABSCESS:       Svårstikt       Post Op       Djurbett       Djupt

Lokalisation: .....

**EXEMPEL**

Laboratorieremiss 2 Unilabs

version ODL04

Kliniska uppgifter **OBS!** Viktigt för analys

Diabetes       Immundefekt       Gravid      Smittland: .....

RiD	Övre luftvägar etikett 1-2	Ögon	STI	Ej kroppseget material
<input type="checkbox"/> Inkt svamp <input type="checkbox"/> Endocarditmisstanke Antal blododlingsflaskor: <input type="checkbox"/> 2 Flaskor <input type="checkbox"/> 4 Flaskor <input type="checkbox"/> 6 Flaskor <input type="checkbox"/> Barnflaska <b>Sterila vätskor</b> <input type="checkbox"/> Inkt svamp <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> PD-vätska <input type="checkbox"/> CSV <input type="checkbox"/> Led <input type="checkbox"/> Pericard <input type="checkbox"/> Pleura <b>Hud/mjukdelar/skelett</b> <input type="checkbox"/> Inkt svamp <input type="checkbox"/> Sår <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> Vävnad (biopsi) ..... Blåsmaterial <input type="checkbox"/> Herpes simplex <input type="checkbox"/> Varicella zoster Ventrikelbiopsi <input type="checkbox"/> H. pylori <b>Jästsvamp</b> <input type="checkbox"/> Munhåla <input type="checkbox"/> Tunga <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Cervix .....	<input type="checkbox"/> Inkt svamp Nasofarynx <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Luftvägspanel <input type="checkbox"/> B. pertussis <input type="checkbox"/> C. pneumoniae <input type="checkbox"/> M. pneumoniae Svalg <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Utvidgad svalgodling <input type="checkbox"/> Peritonsillit (halsböld) <input type="checkbox"/> F. necrophorum <input type="checkbox"/> B. pertussis <input type="checkbox"/> C. pneumoniae <input type="checkbox"/> M. pneumoniae Övrigt <input type="checkbox"/> Hörsgång <input type="checkbox"/> Mellanöra <input type="checkbox"/> Sinusaspirat <input type="checkbox"/> Nässeekret <b>Nedre luftvägar</b> <input type="checkbox"/> Inkt svamp <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bronkialsekret <input type="checkbox"/> Trakealsekret ..... <input type="checkbox"/> Legionella Lokal: .....	<input type="checkbox"/> Konjunktiva <input type="checkbox"/> Kornea ..... <input type="checkbox"/> Herpes simplex <input type="checkbox"/> Varicella zoster <b>Urin</b> <input type="checkbox"/> Inkt svamp <input type="checkbox"/> Mittstråle <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Engångskaleter <input type="checkbox"/> Pyelostomi/Nefrostomi <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Legionellaantigen ..... <b>Feces etikett 1-4</b> <input type="checkbox"/> Salm, Shig, Camp, Yers 1 <input type="checkbox"/> Fecespanel bakterier 2 <input type="checkbox"/> Fecespanel virus 2 <input type="checkbox"/> EHEC 2 <input type="checkbox"/> Enteropatogena E. coli 2 <input type="checkbox"/> C. difficile 2 <input type="checkbox"/> Adenovirus 2 <input type="checkbox"/> Rotavirus 2 <input type="checkbox"/> Calcivirus 2 <input type="checkbox"/> Parasi DNA cystor 3 <input type="checkbox"/> Cystor/maskäg 4	<input type="checkbox"/> Klamydia/gonorré <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> Svalg ..... <input type="checkbox"/> M. genitatum <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Cervix ..... <b>Genitalt</b> <input type="checkbox"/> Inkt svamp <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Uretra ..... <b>GBS</b> <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Hörsgång <input type="checkbox"/> Rektum ..... <b>Gonokockodling</b> <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Uretra ..... <b>Dermatofyter</b> <input type="checkbox"/> Nagel <input type="checkbox"/> Dermatofyt DNA <input type="checkbox"/> Dermatofytodling <input type="checkbox"/> Hudskrap <input type="checkbox"/> Dermatofyt DNA <input type="checkbox"/> Dermatofytodling <input type="checkbox"/> Hår/Hårbotten <input type="checkbox"/> Dermatofytodling	<input type="checkbox"/> Kallstierspets <input type="checkbox"/> Spiral ..... <b>MRB</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Näsa <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> KAD-urin <input type="checkbox"/> Eksäm <input type="checkbox"/> Sår Lokal: ..... ..... <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> Feces ..... <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Feces <input type="checkbox"/> Sår Lokal: ..... ..... <b>Miljö</b> <input type="checkbox"/> Dialysvatten <input type="checkbox"/> Endotoxin <input type="checkbox"/> Bassängvatten <input type="checkbox"/> Donatormjölk ..... <b>Mykobakterier / TB</b> <input type="checkbox"/> Sputum (TB-odling) <input type="checkbox"/> DNA/RNA <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi .....(TB-odling) <input type="checkbox"/> DNA/RNA <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi

