

Beställare, svarmottagare Betalningsansvarig om annan än beställare Läkarkod Remitterande läkare	 Markera önskad analys med blå eller svart penna så här: 	Patientidentitet (personnr, namn) Handskrivet personnummer <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> LMA-nummer, Skadenummer eller annan kompletterande info																																																																																	
Kopia till: <input type="checkbox"/> Faxsvar		<input type="checkbox"/> Provtaget på PTC																																																																																	
Provtagningsenhet och signatur		Externt RID nr																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Månad</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td><td style="width: 10%; text-align: center;">2</td><td style="width: 10%; text-align: center;">3</td><td style="width: 10%; text-align: center;">4</td><td style="width: 10%; text-align: center;">5</td><td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Dag</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td><td style="width: 10%; text-align: center;">2</td><td style="width: 10%; text-align: center;">3</td><td style="width: 10%; text-align: center;">4</td><td style="width: 10%; text-align: center;">5</td><td style="width: 10%; text-align: center;">6</td><td style="width: 10%; text-align: center;">7</td><td style="width: 10%; text-align: center;">8</td><td style="width: 10%; text-align: center;">9</td><td style="width: 10%; text-align: center;">10</td><td style="width: 10%; text-align: center;">11</td><td style="width: 10%; text-align: center;">12</td><td style="width: 10%; text-align: center;">13</td><td style="width: 10%; text-align: center;">14</td><td style="width: 10%; text-align: center;">15</td><td style="width: 10%; text-align: center;">16</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Timme</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">00</td><td style="width: 10%; text-align: center;">01</td><td style="width: 10%; text-align: center;">02</td><td style="width: 10%; text-align: center;">03</td><td style="width: 10%; text-align: center;">04</td><td style="width: 10%; text-align: center;">05</td><td style="width: 10%; text-align: center;">06</td><td style="width: 10%; text-align: center;">07</td><td style="width: 10%; text-align: center;">08</td><td style="width: 10%; text-align: center;">09</td><td style="width: 10%; text-align: center;">10</td><td style="width: 10%; text-align: center;">11</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Minuter</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">00</td><td style="width: 10%; text-align: center;">10</td><td style="width: 10%; text-align: center;">20</td> </tr> <tr> <td></td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">12</td> <td></td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">19</td><td style="text-align: center;">20</td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td><td style="text-align: center;">29</td><td style="text-align: center;">30</td><td style="text-align: center;">31</td> <td></td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">19</td><td style="text-align: center;">20</td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td> <td></td><td style="text-align: center;">30</td><td style="text-align: center;">40</td><td style="text-align: center;">50</td> </tr> </table>			Månad	1	2	3	4	5	6	Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Timme	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	Minuter	00	10	20		7	8	9	10	11	12		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		30	40	50
Månad	1	2	3	4	5	6	Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Timme	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	Minuter	00	10	20																																											
	7	8	9	10	11	12		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		30	40	50																																												
 A5 680 828		ANTIOTIKA: Ange preparat nedan Avslutad Pågående Planerad																																																																																	
SÅR / ABSCESS: <input type="checkbox"/> Post Op <input type="checkbox"/> Djurbett <input type="checkbox"/> Djupt		Lokalisation:																																																																																	

EXEMPEL

Laboratorieremiss 2 Unilabs
version ODL05

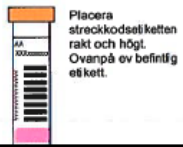
Blod <input type="checkbox"/> Inkl. svamp <input type="checkbox"/> Endocarditmisstanke Antal blododlingsflaskor: <input type="checkbox"/> 2 Flaskor <input type="checkbox"/> 4 Flaskor <input type="checkbox"/> 6 Flaskor <input type="checkbox"/> Barnflaska	Övre luftvägar etikett 1-2 <input type="checkbox"/> Inkl. svamp Nasofarynx <input type="checkbox"/> Odling 1 <input type="checkbox"/> Luftvägspanel 2 <input type="checkbox"/> B. pertussis 2 <input type="checkbox"/> C. pneumoniae <input type="checkbox"/> M. pneumoniae Svalg <input type="checkbox"/> Odling 1 <input type="checkbox"/> Utvidgad svalgodling 1 <input type="checkbox"/> Peritonsillit (halsböld) 1 <input type="checkbox"/> F. necrophorum 2 <input type="checkbox"/> B. pertussis <input type="checkbox"/> C. pneumoniae 2 <input type="checkbox"/> M. pneumoniae 2 Övrigt <input type="checkbox"/> Hörselgång <input type="checkbox"/> Mollanöra <input type="checkbox"/> Sinusaspirat <input type="checkbox"/> Nässeekret	Ögon <input type="checkbox"/> Konjunktiva <input type="checkbox"/> Kornea <input type="checkbox"/> Herpes simplex <input type="checkbox"/> Varicella zoster Urin <input type="checkbox"/> Inkl. svamp <input type="checkbox"/> Mittstråle <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Engångskateleter <input type="checkbox"/> Pyelostomi/Nefrostomi <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Pneumokock-antigen <input type="checkbox"/> Legionellaantigen	STI Klamydia/gonorré <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> Svalg M. genitium <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Uretra Genitalt <input type="checkbox"/> Inkl. svamp <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Uretra GBS <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Hörselgång <input type="checkbox"/> Rektum	Ej kroppseget material <input type="checkbox"/> Kateterspets <input type="checkbox"/> Spiral MRB MRSA <input type="checkbox"/> Näsa <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> KAD-urin <input type="checkbox"/> Eksem <input type="checkbox"/> Sår Lokal: ESBL <input type="checkbox"/> Feces VRE <input type="checkbox"/> Feces <input type="checkbox"/> Sår Lokal: Miljö <input type="checkbox"/> Dialysvatten <input type="checkbox"/> Endotoxin <input type="checkbox"/> Bassängvatten <input type="checkbox"/> Donatormjölk Mykobakterier / TB <input type="checkbox"/> Sputum (TB-odling) <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi(TB-odling) <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi
Sterila vätskor <input type="checkbox"/> Inkl. 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	Nedre luftvägar <input type="checkbox"/> Inkl. svamp <input type="checkbox"/> Spulum <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bronkialsekret <input type="checkbox"/> Trakealsekret <input type="checkbox"/> Legionella Lokal:	Feces etikett 1-3 <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"/> Parasit DNA cystor 3	Gonokockodling <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Uretra Dermatofyter Nagel <input type="checkbox"/> Dermatofyt DNA <input type="checkbox"/> Dermatofytodling Hudskrap <input type="checkbox"/> Dermatofyt DNA (Endast Fötter) <input type="checkbox"/> Dermatofytodling Hår/Hårbotten <input type="checkbox"/> Dermatofytodling	Jästsvamp <input type="checkbox"/> Munhåla <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Tunga <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> Vagina

ODL 05



Röret förses med streckkodsetikett från remissen. På etiketten anges provtyp.

Använd extra etikett om specificerade etiketter inte räcker till eller saknas.



Laboratoriemedicinska anvisningar: anvisningar.se

Information angående provtagning återfinns i respektive provtagningsanvisning.



ODL 05

EXEMPEL
Laboratorieremiss 2 Unilabs
version ODL05



Kundjämsst
0771-407740
kundjanst@unilabs.se

Laboratoriemedicinska anvisningar
anvisningar.se

Hemsida
unilabs.se

*Unilabs AB behandlar dina personuppgifter för att kunna utföra medicinsk diagnostik samt efterlevnad av lagstiftning.
För mer information om behandlingen av dina personuppgifter och om dina rättigheter, vänligen se unilabs.se/personuppgifter.

8165543170

PARAJETT 672419 20-49