

Beställare, svarsmottagare Betalningsansvarig om annan än beställare Läkarkod Remitterande läkare	 Unilabs Markera önskad analys med blå eller svart penna så här: 	Patientidentitet (personnr, namn) Handskrivet personnummer <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> LMA-nummer, Skadenummer eller annan kompletterande info <input type="checkbox"/> Prov taget på PTC										
Kopia till: <input type="checkbox"/> Faxsvar		Provtagningsenhet och signatur Externt RID nr										

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 864 001

ANTIBIOTIKA: Ange preparat nedan
 Avslutad Pågående Planerad

SÅR / ABSCESS:
 Post Op Djurbett Djupt
 Lokalisation:

Kliniska uppgifter Diabetes Immundefekt Gravid Smittland:

OBS! Viktigt för analys och bedömning!

EXEMPEL

Laboratorieremiss 2 Unilabs

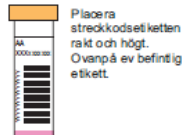
Version ODL06

Blod	Övre luftvägar etikett 1-3	Nedre luftvägar	STI	Ej kroppseget material
<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"/> Bamflaska 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 Hud/mjukdelar/skelett <input type="checkbox"/> Inkl. svamp <input type="checkbox"/> Sår <input type="checkbox"/> Kroniskt bensår <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> Bröstmjök <input type="checkbox"/> Vävnad (biopsi) <input type="checkbox"/> Blåsmaterial <input type="checkbox"/> Herpes simplex <input type="checkbox"/> Varicella zoster Ventrikelbiopsi <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori Jästsvamp <input type="checkbox"/> Munhåla <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Tunga <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inkl. svamp Nasofarynx <input type="checkbox"/> Odling 1 <input type="checkbox"/> Luftvägspanel 2 <input type="checkbox"/> Bordelella pertussis 2 <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae 2 <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae 2 <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 3 <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2/Inf.A+B/RSV 3 Svalg <input type="checkbox"/> Odling 1 <input type="checkbox"/> Utvidgad svalgodling 1 <input type="checkbox"/> Peritonsillit (halsböld) 1 <input type="checkbox"/> Fusobacterium necrophorum 2 <input type="checkbox"/> Bordelella pertussis 2 <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae 2 <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae 2 Övrigt <input type="checkbox"/> Hörselgång <input type="checkbox"/> Melanöra <input type="checkbox"/> Sinusaspirat <input type="checkbox"/> Nässeekret Ögon Konjunktiva <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Herpes simplex <input type="checkbox"/> Varicella zoster Kornea <input type="checkbox"/> Odling	<input type="checkbox"/> Inkl. svamp Sputum <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Legionella <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Legionella Bronkialsekret <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Legionella Trakealsekret <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Legionella Urin <input type="checkbox"/> Inkl. svamp <input type="checkbox"/> Mittstråle <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Engångskateter <input type="checkbox"/> Pyelostomi/Nefrostomi <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Pneumokock-antigen <input type="checkbox"/> Legionella-antigen <input type="checkbox"/> Feces etikett 1-2 <input type="checkbox"/> Fecespanel bakterier 1 <input type="checkbox"/> Fecespanel virus 1 <input type="checkbox"/> Clostridium difficile 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Parasit DNA cystor 2	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"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> Genitalt (Odling) <input type="checkbox"/> Inkl. svamp <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> GBS <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> Gonokockodling <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> Svalg 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	<input type="checkbox"/> Kateterspets <input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> Feces <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Feces <input type="checkbox"/> Sår Lokal: <input type="checkbox"/> Candida auris <input type="checkbox"/> Axill / Ljumske <input type="checkbox"/> Näsa <input type="checkbox"/> Miljö <input type="checkbox"/> Dialysvatten <input type="checkbox"/> Bassängvatten <input type="checkbox"/> Ingångsvatten <input type="checkbox"/> Endotoxin <input type="checkbox"/> Donatomjök <input type="checkbox"/>

Svalg - odling 1 A5 864 001	Steri vätska - Aerob A5 864 001	Steri vätska 1 Aerob A5 864 001
Svalg - Bifasig/MP1/MP2 A5 864 001	Steri vätska - Anaerob A5 864 001	Blod Flaska 2 Anaerob A5 864 001
Hörselgång A5 864 001	Hudfunktdeklar/skelett A5 864 001	Blod Flaska 3 Anaerob A5 864 001
Ögon - odling A5 864 001	Hudfunktdeklar/skelett A5 864 001	Blod Flaska 4 Anaerob A5 864 001
Ögon - HSV/VZV A5 864 001	Hudfunktdeklar/skelett A5 864 001	Blod Flaska 5 Aerob A5 864 001
Nedre luftvägar A5 864 001	Blåsbotten - HSV/VZV A5 864 001	Blod Flaska 6 Anaerob A5 864 001
Urin A5 864 001	Jästsvamp A5 864 001	Barnflaska - PED A5 864 001
Urin - mittstråle A5 864 001	NPH - odling 1 A5 864 001	Steri vätska A5 864 001
Urin - amiggen A5 864 001	NPH - Urinpanel/BP/CP/MP/2 A5 864 001	
Feces - panel/C.diff 1 A5 864 001	NPH - Coprocult/RSV/3 A5 864 001	

Röret förses med streckkodetikett 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 anvisning.



EXEMPEL

Laboratorieremiss 2 Unilabs
Version ODL06

ODL 06

Sår - VRE A5 864 001	Nagel - Dermatofytodling A5 864 001	Feces - parasit DNA 2 A5 864 001
Axill - Ljumske - C.Auris A5 864 001	Hud - Dermatofyt DNA A5 864 001	Vagina - STI A5 864 001
Näsa - C.Auris A5 864 001	Hud - Dermatofytodling A5 864 001	Urin - STI A5 864 001
Donatormjölk A5 864 001	Hår - Dermatofytodling A5 864 001	Cervix A5 864 001
Donatormjölk A5 864 001	Ej kroppseget material A5 864 001	Rektum A5 864 001
Extra A5 864 001	Näsa - MRSA A5 864 001	Svalg - A5 864 001
Extra A5 864 001	Svalg - MRSA A5 864 001	Genit A5 864 001
Extra A5 864 001	Perineum - MRSA A5 864 001	GBS A5 864 001
Extra A5 864 001	Feces - ESBL A5 864 001	Gonokokkodning A5 864 001
Extra A5 864 001	Feces - VRE A5 864 001	Nagel - Dermatofyt DNA A5 864 001
Extra A5 864 001		