

Av SWEDAC ackrediterad verksamhet nr 1240 (enligt SS-EN ISO 15189). Ackrediteringens omfattning erhålls på begäran.

Avsändare (fullständig adress, telefonnummer)		Patient-ID (personnummer, namn)	
Debitering <input type="checkbox"/> Ovanstående adress <input type="checkbox"/> Enligt smittskyddslagen <input type="checkbox"/> Särskild debiteringsadress:		Provtagningsdatum	Remitterande läkare (VGR-id)
BIOBANKSLAGEN Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt. vårdnadshavare/närstående) har informerats enligt biobankslagen och om att personuppgifterna sparas samt att patienten vill att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Patienten vill inte att provet sparas, för ett eller flera ändamål. Nej-talong bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är oförmögen att lämna samtycke och provet sparas tills vidare, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur: _____		Provmaterial	
KLINISKA DATA / INFEKTIONSFRÅGESTÄLLNING		Önskad undersökning	
<input type="checkbox"/> Antibiotikabehandling. Preparat: _____ <input type="checkbox"/> Risk för labsmitta, t ex brucella, tularemi <input type="checkbox"/> Utlandsvistelse <input type="checkbox"/> Immunsupprimerad <input type="checkbox"/> Transplanterad <input type="checkbox"/> Gravid		Laboratoriets anteckningar	
Provtagningsinformation/tilläggsuppgifter för bakteriologi (inkl. parasiter, svamp)			
URIN	FAECES	SÅR	Parasiter
<input type="checkbox"/> Kastad mittstråle Blåstid: _____ <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Blåssköljning <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Suprapubiskateter <input type="checkbox"/> RIK / AIK <input type="checkbox"/> Uretärurin <input type="checkbox"/> Annat: _____ <input type="checkbox"/> UVI-symtom <input type="checkbox"/> Urinsten <input type="checkbox"/> Feber >38° C <input type="checkbox"/> Nitrit + <input type="checkbox"/> LPK +	<input type="checkbox"/> Diarré <input type="checkbox"/> Utlandsvistelse Smittland: _____ <input type="checkbox"/> Inhemsk smitta <input type="checkbox"/> Antibiotikaassocierad diarré <input type="checkbox"/> Smittskyddskontroll av känd Salmonella typhi/ Salmonella paratyphi/ Shigella spp	Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Ytlig infektion <input type="checkbox"/> Djup infektion (fistel, abscess m.m.) <input type="checkbox"/> Operationssår <input type="checkbox"/> Bettsår typ: _____	Smittland: _____ Vid analys för malaria Malaria-snabbtest <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Ej utfört
	BLOD	VÄVNAD	Svamp
	<input type="checkbox"/> Blododling/perifer <input type="checkbox"/> Annat: _____ <input type="checkbox"/> Svampmisstanke <input type="checkbox"/> Endokarditmisstanke	Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Protesinfektion	Vid analys av nagelskrap, ange: <input type="checkbox"/> Fingernagel <input type="checkbox"/> Tånagel Vid analys av hudskrap, ange lokalisation: _____
		LUFTVÄGS PROV	Multiresistenta bakterier (MRB)
		<input type="checkbox"/> Cystisk fibros <input type="checkbox"/> Primär ciliär dyskinesi	<input type="checkbox"/> Utlandsvårdad/MRB-screen (MRSA/VRE/ESBL) <input type="checkbox"/> Smittspårning/samvårdad <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL
Kontaktuppgifter Sahlgrenska Universitetssjukhuset Klinisk mikrobiologi Box 7193 402 34 Göteborg		Besöksadress Klinisk mikrobiologi Bakteriologiska laboratoriet Guldhedsgatan 10 A 413 46 Göteborg 031-342 49 45	
Provtagningsanvisningar: www.sahlgrenska.se/su/for-dig-som-ar/vardgivare/laboratoriemedicin			