

CYTOLOGI ALLMÄN REMISS

OBS! Ofullständiga och otydliga remissuppgifter kan medföra att remiss och prov skickas tillbaka

Remitterande klinik/avdelning/adress		Patient: personnummer (10 siffror) namn, adress		
Klinik		Nummer		
Remitterande klinik		VIKTIGT! REMISSEN SCANNAS – ANVÄND STARKT FÄRGTRYCK		
Debiteras				
Svarsmottagande klinik				
Extra svarskopia				
SNABBSVAR till tfn				
Fixering (måste ifyllas)		Provtyp (måste ifyllas)		SVF
Vätska	Utstryk	Sputum	Blåssköljvätska	Buusköljvätska
		Bronkialsköljvätska	Urin, kateter	Ascites
Etanol	Lufttorkat	Borstprov	Urin, kastad	Finspetspunktion
Ofixerad	Etanol	BAL	Pleura	från _____
Provtagarens tel. nummer		Provtagarens namn		
Anamnes, kliniska data, frågeställning (måste ifyllas)				Antal glas
.....			
Datum		Remitterande läkare		
Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt. Vårdnadshavare/Närstående) informerats om – och samtycker till att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan skall göras om patienten inte samtycker.				
Patienten samtycker inte till att prov sparas för vård och behandling förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas		Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.		
Laboratoriets anteckningar				

CYT ALLMÄN

CYT ALLMÄN

CYT ALLMÄN

CYT ALLMÄN

CYT ALLMÄN

SKRIV UT