

**CYTOLOGI ALLMÄN REMISS** (ej vaginalcytologi)

Inremitterande inrättning

Kostn. st. nr. .... *Obligatorisk uppg*Patient: personnummer (10 siffror), namn, adress  
Använd patientkort eller etikett **Snabbsvar senast** .....

Till tfn:.....

 **Extra svarskopia till:**.....**VIKTIGT!**  
**REMISSEN SCANNAS -**  
**ANVÄND STARKT FÄRGTRYCK****Fixering (måste ifyllas)****Vätska** Etanol 50% Ofixerad vätska**Utstryk** Lufttorkat Etanol 95%**Provtyp (måste ifyllas)** Sputum Bronkialskölvätska Borstprov BAL-vätska Blåsskölvätska Urin kateter Urin kastad Pleura Bukskölvätska Ascites Finspetspunktion 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 och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

Laboratoriets anteckningar

Sign.

Prep. ....

.....

Etikett.....

Pt

T

M

Representativt

 Ja Delvis Nej

Inflammation

 Ringa Måttlig Stark

Malignitetsbedömning

 Ingen cellatypi Oklar cellatypi Malignitetsmisstanke Celler av malign typ

Urin

 WHO 1 (812031) WHO 2 (812032) WHO 3 (812033) Undervisning Projekt