

Avsändare/svarsomtagare (fullständig adress, telefonnummer.)		Patient (personnummer, namn)	
Läkare		Provtagning År Mån Dag Tid KL Sign	Lab identitet (ifylles av mottagande lab)
<input type="checkbox"/> Debitering (om annan än remitterande) <input type="checkbox"/> Enligt smittskyddslagen			
Svar till (om annan än remitterande)			
Biobankslagen: Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt. vårdnadshavare/närstående) har fått information om – och samtycker att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet <input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker <u>inte</u> till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället <u>oförmögen</u> att lämna samtycke.			
Kliniska upplysningar (symptom, epidemiologi, frågeställning, risk för labsmitta, tex Brucella, tularemi mm)			Etiketter Blododlingsflaskor
<p>*I PCR för parasitologiska undersökningar ingår påvisning av tarmpatogena cystor (<i>Giardia intestinalis</i>, <i>Entamoeba histolytica</i> och <i>Cryptosporidium sp.</i>)</p> <p>** Mikroskopisk analys för påvisning av maskäggl</p>			
Urin		<input type="checkbox"/> Immunsupprimerad	<input type="checkbox"/> Utlandsvistelse
U-Nitrit (testr) Symptom Blåsink. Tid <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> < 4 tim <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> > 4 tim		<input type="checkbox"/> Gravid	<input type="checkbox"/> Antibiotikabehandling Land Avsedd Pågående
Provmaterial/System		Analys/Komponent	
Urin <input type="checkbox"/> Mittstråle <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Nefrostomi <input type="checkbox"/> Påsprov <input type="checkbox"/> Suprapubiskateter <input type="checkbox"/> Sårsekret Ange provlokal..... <input type="checkbox"/> Ytlig <input type="checkbox"/> Djup <input type="checkbox"/> Feces <input type="checkbox"/> Tejpprov Luftvägar <input type="checkbox"/> Bihåla <input type="checkbox"/> Borstprov <input type="checkbox"/> Bronklavage (BAL) <input type="checkbox"/> Bronksekret <input type="checkbox"/> Nasofarynx <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Ögonsekret <input type="checkbox"/> Öronsekret		Normalt sterila lokaler <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> CAPD, Peritonealdialysat <input type="checkbox"/> Ledpunktat <input type="checkbox"/> Csv <input type="checkbox"/> Pleuraexudat <input type="checkbox"/> Vävnad/benbit provlokal..... <input type="checkbox"/> Biopsi provlokal..... <input type="checkbox"/> Punktat, ange. <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Protes Övrigt <input type="checkbox"/> Dränage, Ange provlokal... <input type="checkbox"/> Intravasal kateter, kärlkateter Ange vad?..... <input type="checkbox"/> Perineum Genitala prov/STI <input type="checkbox"/> Cervixsekret <input type="checkbox"/> Uretrasekret <input type="checkbox"/> Urin (1:a port.) <input type="checkbox"/> Vaginalsekret <input type="checkbox"/> Prostatasekret <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> Vagina/rektum	
		Mykologi <input type="checkbox"/> Hår <input type="checkbox"/> Hud provlokal <input type="checkbox"/> Nagel provlokal Miljö/hygien- prov <input type="checkbox"/> Läkemedel <input type="checkbox"/> Bröstmjolk <input type="checkbox"/> Vatten <input type="checkbox"/> Sporprov <input type="checkbox"/> Nedfalls-/tryckplatta <input type="checkbox"/> Annat	
		Bakteriologi <input type="checkbox"/> Allmän odling <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi <input type="checkbox"/> Hemolytiska streptokocker <input type="checkbox"/> Cystisk fibros <input type="checkbox"/> Feces diagnostik PCR <input type="checkbox"/> EHEC (endast vid utbrott) <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori antigen <input type="checkbox"/> Clostridioides difficile toxin Blododling (sepsis) <input type="checkbox"/> Allmän odling <input type="checkbox"/> Allmän odling +svamp <input type="checkbox"/> Endokardit <input type="checkbox"/> Endokardit+svamp <input type="checkbox"/> Brucella-odling Multiresistenta bakterier <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRG <input type="checkbox"/> Genotypning MRG Ange vad (ex Amp C)..... <input type="checkbox"/> Annat	
		STI <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis + Gonokock DNA <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Gonokocker odling Parasitologi <input type="checkbox"/> PCR* <input type="checkbox"/> PCR* & mikroskopi** <input type="checkbox"/> Schistosoma urin/feces <input type="checkbox"/> Springmask OBS! tejpprov <input type="checkbox"/> Övrigt..... Mykologi <u>Jästsvamp & mögelsvamp</u> <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi <input type="checkbox"/> Cryptokockantigen <u>Dermatofyter</u> <input type="checkbox"/> PCR (hud från fötter & naglar) <input type="checkbox"/> Odling & direktmikroskopi (övrig hud och hår) Övrigt <input type="checkbox"/> Dialysvatten odling <input type="checkbox"/> Endotoxin <input type="checkbox"/> Sterilkontroll <input type="checkbox"/> Autoklavkontroll <input type="checkbox"/> Mikrobiologisk kontroll av läkemedel <input type="checkbox"/> Miljökontroll (luft/ytor)	