

Remiss - Indicerad cervixcytologi

REMITTERANDE INRÄTTNING, KLINIK, AVD/MOTT EXTRA KOPIA TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET LABORATORIEMEDICINSKA KLINIKEN Patologi 701 85 ÖREBRO TFN: 019-6021340 FAX: 019-6021035 PROVTAGNINGSDATUM REM LÄKARE/BARNMORSKA	INDICERAD CERVIXCYTOLOGI Personnummer: Namn: <input type="checkbox"/> SVAR SENAST <input type="checkbox"/> SNABBSVAR TFN/SÖKARE <input type="checkbox"/> SVF (Ange förlopp)
SJUKHISTORIA, KLINISK DIAGNOS OCH FRÅGESTÄLLNING <input type="checkbox"/> Kopparspiral <input type="checkbox"/> Hormonspiral SM	PROVTAGNINGSLOKAL <input type="checkbox"/> Fullständigt prov (2 portioner) <input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva Om ej dubbeltest (cytologi och HPV-analys) <input type="checkbox"/> Endast cytologi <input type="checkbox"/> Endast HPV-analys
Inskickande av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och Därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke	VS NR (STRECKKOD) <div style="text-align: center; font-size: 24px; color: gray;">SKRIV EJ HÄR !</div>



Våra provtagningsanvisningar når du via vår hemsida på www.regionorebrolan.se/uso/labmed och intranätet.

För biobanksinformation se www.regionorebrolan.se/biobank