

Reservrutin - Gynekologisk cellprovtagning

KLINIK, AVD/MOTT	Namn och Personnummer	
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET VO Laboratoriemedicin Klinisk patologi och genetik 701 85 ÖREBRO	TFN: 019-6021340 FAX: 019-6021035	
Hälsodeklaration		
Telefonnummer	_____	
Är du gravid?	Ja *	Nej
* Vilken vecka?	_____	
Har du passerat klimakteriet? (ej haft mens senaste 12 månaderna)	Ja	Nej
Senaste mens första dag?	_____	
Minns ej. Har du blött från slidan de sista 14 dagarna?	Ja	Nej
Har du fött barn senaste året?	Ja *	Nej
* Förlossningsdatum?	_____	
Har du pågående hormonbehandling? (alla hormonella preventivmedel inkl. hormonspiral, klimakteriebehandling, även kräm)	Ja	Nej
Använder du spiral? (koppar-, hormonspiral)	Ja	Nej
Vaccination		
Sker vaccination vid detta besök?	Ja	Nej
Remiss		
Provtagare (signatur)	_____	
Provtagningsdatum	_____	
Provet är taget som	Tvåportionsprov	Enportionsprov

Glöm inte att etikettera burk!



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

För biobanksinformation se www.regionorebrolan.se/biobank