

CYTOLOGI ALLMÄN REMISS (ej vaginalcytologi)

Remitterande inrättning:
(fullständig adress och kostnadsställesnummer)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 Bronkialsköljvätska Borstprov BAL-vätska Blåssköljvätska Urin kateter Urin kastad Pleura Buksköljvätska Ascites Finspetspunktion från

Provtagarens tel.nummer

Provtagarens namn

Anamnes, kliniska data, frågeställning

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 Malignitetsmisstanke
 Oklar cellatypi Celler av malign typ

Urin

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