

REMISS PAD/Dysplasijournal/Rapportblankett Onkologiskt centrum

Remitterande inrättning: (fullständig adress och kostn.ställenr)
OBS! TYDLIG TEXT. REMISSEN SCANNAS, ANVÄND STARKT FÄRGTRYCK.

Patient: personnummer , (10 siffror), namn, adress
Använd patientkort eller skrivmaskin

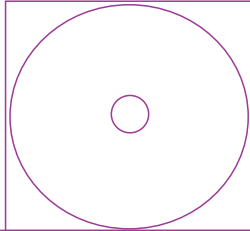
SU/SS:

Gyn-mott:

Kostn:

KOLPOSKOPI

- Ej utförd
 Normal
 Ofullständig
 Atypisk
 Svårbedömd



SKRIV INTE
I GULA FÄLT

Preparatbeskrivning

Indikation, anames

Op Datum: Behandl. läkare:

INGREPP

- Slingdiatermi Antal resektat: Behandlingsdjup: (mm)
Typ av slynga: Maxeffekt:W
- Laserkonisering Konhöjd:(mm) Effekt:W
- Knivkonisering Hysterektomi
- Laservaporisering Behandlingsdjup: Effekt:
- Kryo Kryod: Frystid:
- Diatermi Annan metod:

CERVIX CYTOLOGI

- Cervixborste
(skriv cytologiremiss också)

ÖVRIG DIAGNOSTIK

- Cervixabrasio/px Endometriebiopsi Corpusabrasio
Kommentar: Sondmått:

BEDÖVNING

- Nej Infiltration PCB Narkos
Kommentar:

PLANERAD UPPFÖLJNING

- Cyt Kolpo Efter mån Var/vem:
 Brevsvar Tillägg annat:

Inrem läkare: Remissvar när PAD föreligger

Tillägg/annat:
.....

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

Preparatkod

Kostn.grupp Sign

- Antal klossar
 Sign.
 Antal glas
 Sign.
 Inlämning
 Sign.