

REMISS PAD Sahlgrenska sjukhuset

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

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

- Fryssnitt till tfn:
- Snabb svar svar till tfn:
- Extra svarskopia till:

SKRIV INTE
I GULA FÄLT

Fixering: Formaldehyd Njurbiopsivätska Ofix Klockslag för fixering

Preparatbeskrivning:

- I. Prostata IV.
- II. Obturatoriuslymfkörtlar höger V.
- III. Obturatoriuslymfkörtlar vänster VI.

Kliniska data, frågeställning:

Op.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-talung bifogas. Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

Laboratoriets anteckningar (Skriv inte i markerade fält. Remissen databehandlas)

II Lgll: hö Vikt: _____g III Lgll: vä Vikt: _____g

A1..... A2..... A3..... A4..... A5..... A1..... A2..... A3..... A4..... A5.....

B1..... B2..... B3..... B4..... B5..... B1..... B2..... B3..... B4..... B5.....

C1..... C2..... D1..... D2..... E1..... E2..... C1..... C2..... D1..... D2..... E1..... E2.....

G1..... G2..... G3..... G4..... G5..... G1..... G2..... G3..... G4..... G5.....

I Prostata:

Färgmarkering: Rött = ventralt Grönt = höger Blått = vänster

Vikt inkl. vesiklar: _____ g Mått: _____ X _____ X _____ mm

Vikt vesiklar: _____ g Lateral/lateralt Ventralt/dorsalt Cranialt/caudalt

Storsnitt



Till



A = hö apex B = centr apex C = vä apex D = hö bas
E = vä bas G = hö vesikel H = vä vesikel

A1..... A2..... A3..... A4..... A5..... B1..... B2..... B3..... B4..... B5.....

C1..... C2..... C3..... C4..... C5.....

D1..... D2..... D3..... D4..... D5..... D6..... D7..... D8..... D9..... D10.....

E1..... E2..... E3..... E4..... E5..... E6..... E7..... E8..... E9..... E10.....

G1..... G2..... G3..... G4..... G5..... H1..... H2..... H3..... H4..... H5.....

Preparatkod

Kostn.grupp Sign

Antal kloss Sign

Storsn. kloss Sign

Antal glas Sign

Storsn. glas Sign

EM
 Foto
 IF
 Imprint
 Material -70j
 Annat

Inlämn sign



Laboratoriet för klinisk patologi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

www.sahlgrenska.se/patologen

Tel Sekretariat 031-342 12 02
Tel Huvudlab 031-342 15 16
Fax 031-82 37 15