

Avsändare		Patientidentitet	
Remitterande läkare	Provtagningsdatum	Undersökningen ska debiteras	Provtagares sign
Kort anamnes, frågeställning		Ange för alla: <input type="checkbox"/> Immunnedsatt/malign sjukdom <input type="checkbox"/> Dialys <input type="checkbox"/> Cytostatika-/steroidbehandling <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Blodsmitta <input type="checkbox"/> Antibiotikaallergi: _____ Antibiotikabehandling: Avslutad Pågående Planerad	
För MRB-odling ange ev smittort			
URIN		LIKVOR/CNS	
<input type="checkbox"/> Mittstråleprov <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Engångskateter <input type="checkbox"/> Påsprov <input type="checkbox"/> Cystoskopi <input type="checkbox"/> Pyelo/nefrostomi Annat: <input type="checkbox"/> _____ Ange: <input type="checkbox"/> Blåstid: _____ <input type="checkbox"/> Feber > 38°	<input type="checkbox"/> Rutinodling <input type="checkbox"/> Utvidgad odling <input type="checkbox"/> Svampodling <input type="checkbox"/> MRB-odling <input type="checkbox"/> U-mikroskopi (parasiter) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Nitrit positiv <input type="checkbox"/> Sveda/trängning <input type="checkbox"/> Dunkömhets	<input type="checkbox"/> Likvor Annat: <input type="checkbox"/> _____ LUFTVÄGAR <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Nasofarynx (pinne) <input type="checkbox"/> Nasofarynxaspirat <input type="checkbox"/> Bihåla/sinus <input type="checkbox"/> Munhåla <input type="checkbox"/> Näsöppning <input type="checkbox"/> Hörselgång <input type="checkbox"/> Mellanöra <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Borstprov bronk <input type="checkbox"/> Pleuravätska Annat: <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Rutinodling <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Rutinodling <input type="checkbox"/> MRB-odling <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Influenta A o B <input type="checkbox"/> RS-virus <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi <input type="checkbox"/> Mycoplasma-PCR <input type="checkbox"/> C pneumoniae-PCR <input type="checkbox"/> Arcanobacterium <input type="checkbox"/> Meningokocker <input type="checkbox"/> Legionella <input type="checkbox"/> Svampodling
FECES		HUD/MJUKDELAR/SKELETT/LED	
<input type="checkbox"/> pinnprov (Eswab) <input type="checkbox"/> rör utan tillsats <input type="checkbox"/> rör m formalin Annat: <input type="checkbox"/> _____ Ange: Utlandsvistelse: _____ Insjuknat datum: _____ <input type="checkbox"/> Livsmedelspersonal odling <input type="checkbox"/> Hälsokontroll <input type="checkbox"/> Kontroll efter Salmonella/Shigella	<input type="checkbox"/> Fecesodling <input type="checkbox"/> EHEC <input type="checkbox"/> Kolera <input type="checkbox"/> Normalflora <input type="checkbox"/> MRB-odling <input type="checkbox"/> Parasit-PCR <input type="checkbox"/> Cl difficile <input type="checkbox"/> Rota+Adenovirus <input type="checkbox"/> Cysta/maskäggs	<input type="checkbox"/> Ytligt sår <input type="checkbox"/> Djupt sår <input type="checkbox"/> Bitsår <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> Ledvätska <input type="checkbox"/> Bursainnehåll <input type="checkbox"/> Benvävnad <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> Blåsbottenskrapp <input type="checkbox"/> _____ Ange: Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Peroperativ odling <input type="checkbox"/> Relation till främmande material (t ex ledprotes, osteosyntesmtr, CVK etc)	<input type="checkbox"/> Rutinodling <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi <input type="checkbox"/> HSV I och II <input type="checkbox"/> Varicella/zoster <input type="checkbox"/> MRB-odling
BLOD		ÖGON	
<input type="checkbox"/> blododlingsflaskor <input type="checkbox"/> utstryk / tjock droppe <input type="checkbox"/> Rutinodling <input type="checkbox"/> Endokardit? <input type="checkbox"/> Svamp? <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Konjunktiva <input type="checkbox"/> Hornhinna <input type="checkbox"/> Främre kammare <input type="checkbox"/> Glaskropp Annat: <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Rutinodling <input type="checkbox"/> Svampodling <input type="checkbox"/> Chlamydia-PCR <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Svampodling <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi <input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Mycopl genitalium <input type="checkbox"/> N gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Jästsvamp <input type="checkbox"/> Actinomycesodling <input type="checkbox"/> Allmän odling <input type="checkbox"/> GBS/Listeriaodling <input type="checkbox"/> HSV I och II <input type="checkbox"/> MRB-odling
KATETRAR, FRÄMMADE MTRL		SVAMP/DERMATOFYT	
<input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> CDK <input type="checkbox"/> Artärnål <input type="checkbox"/> Port-a-cath Annat: <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Rutinodling <input type="checkbox"/> MRB-odling <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Nagel <input type="checkbox"/> Hår <input type="checkbox"/> Hudskrap Ange var hudskrap tagits: _____	<input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> Buksköljvätska <input type="checkbox"/> Sekret bukhåla <input type="checkbox"/> CAPD-vätska <input type="checkbox"/> Galla <input type="checkbox"/> Biopsi ange lokal: _____ Annat: <input type="checkbox"/> _____
		GENITAL/STD	
		<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Uretrasekret <input type="checkbox"/> Svalgsekret <input type="checkbox"/> Rectum/anus <input type="checkbox"/> Cervixsekret <input type="checkbox"/> Vaginalsekret <input type="checkbox"/> Prostataexprim <input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/> Blåsbottenskrapp <input type="checkbox"/> Perianalt Annat: <input type="checkbox"/> _____	
Anvisning - Fyll i avsändare och patientidentitet. - Skriv kort anamnes - Sätt kryss i aktuella rutor för provmaterial och önskad analys. - Fyll i uppgifter under "ange". Dessa uppgifter är viktiga för hur provet tas omhand. - Etiketter för blododling etc kan klistras i denna ruta när anvisningarna lästs. Du kan beställa fler odlingar/analyser på samma remiss men ange noga provmaterial och vald odling/analys på respektive provs etikett.			