

Remiss cervixcytologi, HPV-analys

Remitterande inrättning		Personnummer, namn:	
Annan debitering			
Provtagningsdatum		<input type="checkbox"/> Snabb svar Tel nr:.....	
Indikation för provtagning <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Symptom <input type="checkbox"/> Kontroll/utredning av avvikande prov <input type="checkbox"/> Uppföljning av omedömbart prov <input type="checkbox"/> Uppföljning efter dysplasibehandling <input type="checkbox"/> < 2 år <input type="checkbox"/> > 2 år <input type="checkbox"/> Uppföljning av invasiv cancer		Provtyp <input type="checkbox"/> Cytologisk analys <input type="checkbox"/> HPV-analys <input type="checkbox"/> Cytologi och HPV <input type="checkbox"/> Cytologi och triage för HPV vid ASCUS/LSIL-cyt	
		Topografi <input type="checkbox"/> Fullständigt prov <input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Endocervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Annat	
Anamnes <input type="checkbox"/> SM (år/mån/dag)..... <input type="checkbox"/> Gravid vecka..... <input type="checkbox"/> Partus (år/mån/dag)..... <input type="checkbox"/> Menopaus år..... <input type="checkbox"/> Blödningsrubbnig <input type="checkbox"/> Hormonbehandling <input type="checkbox"/> Strålbehandling år..... <input type="checkbox"/> Pågående cytostatikabehandling <input type="checkbox"/> Tidigare total hysterektomi		Status <input type="checkbox"/> Atrofi <input type="checkbox"/> Blödningar <input type="checkbox"/> Spiral/IUD <input type="checkbox"/> Cervicit <input type="checkbox"/> Avvikande flytning <input type="checkbox"/> Annat.....	
		Kolposkopi <input type="checkbox"/> Ej utförd <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Låggradig atypisk <input type="checkbox"/> Högradig atypisk <input type="checkbox"/> TZ.....(1-3) <input type="checkbox"/> Swedescorepoäng(0-10) <input type="checkbox"/> Px taget vid undersökning	
Övrigt			
Datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande	
Laboratoriets interna anteckningar			
Laboratoriets provnummer:		Insändarens provnummer:	
Biobankslagen Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om – och samtycke till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Nej , patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.			