


REMISS, Gynekologisk cytologi

 <p>BÄSTA LIVSPLATSEN Region Halland</p>	Personnr och namn
	Laboratoriets provnr.
Avsändare	

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten informerats om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan ska endast göras om patienten inte samtycker.

Patienten samtycker **inte** till att provet lagras i biobanken.

<p>IFYLLES AV PATIENTEN</p> <p>Datum för senaste menstruations 1:a dag <input type="text"/> <input type="text"/> Mån <input type="text"/> <input type="text"/> Dag</p> <p>År då mens upphörde <input type="text"/> <input type="text"/> Årtal</p> <p>Gravid Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Använder du P-piller <input type="checkbox"/> P-spruta <input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/></p> <p>Annat preventivmedel Vilket preparat _____</p> <p>Östrogenbehandling Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vilken _____</p> <p>Tidigare cellförändringar (om ja, ange sjukhus och årtal för behandling) <input type="text"/> <input type="text"/> Årtal</p> <p>Vilket sjukhus _____</p> <p>Är livmodern bortopererad Delvis <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/></p>	Provtagarens anteckningar	
	<table border="1"> <tr> <td>Provdatum</td> <td>Sign./kod</td> </tr> </table>	Provdatum
Provdatum	Sign./kod	

<p>CYTOLOGISK BEDÖMNING</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otillräckligt material (M09000)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ej bedömbart material (M09010)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BENIGNT CELLFYND (M00120)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endocervikala celler saknas (M09019)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rikligt inflam. celler (M40400)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inflammatoriska cellförändringar (M69780)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trichomonas (E4432)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Svamp (E4000)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coccer (E1002)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Actinomyces likn. organism (E0111)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blandflora (E1000)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Döderlein (E1870)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skivepitelmetaplasi (M73200)</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gravid (F39000)</p> <p>Skivepitel:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Svårvärderad skivepitelatypi (M69710)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tecken på HPV-infektion (M76700)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lätt dysplasi/CIN₁ (M74006)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Måttlig dysplasi/CIN₂ (M74007)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stark dysplasi CIN₃/CIS (M80702)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Misst. skivepitelcancer (M80701)</p> <p>Körtelepitel:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körtelepitelcellsatypi (E69720)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Misst. adenocarcinom (E81401)</p> <p>Osäker celltyp:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oklar atypi (M69700)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Malignitet UNS (M80101)</p>
<p>Kommentarer _____</p> <p>_____</p>		
<p>Cyodiagnostiker _____ Cyodiagnostiker _____ Läkare _____</p>		