

Remitterande inrättning		Namn, personnummer (12 siffror)	
Kopia till:			
Provtagningsdatum	Remitterande läkare	Nummerlapp mikrobiologen	Nummerlapp insändare
<input type="checkbox"/> Särskild debiteringsadress anges på baksidan	Telefonnummer		
<b>Kliniska data (anamnes, frågeställning)</b>		<p><b>Ifylles vid urinprovtagning</b></p> <p>Symtom från urinvägar ..... ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> Inga symtom <input type="checkbox"/> Recidiverande infektion <input type="checkbox"/> Kontroll efter behandling</p> <p>Nitrit <input type="checkbox"/> Positiv    <input type="checkbox"/> Negativ</p>	
Antibiotika <input type="checkbox"/> Avslutad <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Planerad  <input type="checkbox"/> Postop <input type="checkbox"/> Gravid		Blåsinkubation <input type="checkbox"/> < 4 tim <input type="checkbox"/> ≥ 4 tim  Provtagning <input type="checkbox"/> Kastad urin <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Påsprov <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Engångskateter <input type="checkbox"/> Cystoskopi <input type="checkbox"/> .....	
<b>PROVTYP</b> <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bihåla <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Blåsa <input type="checkbox"/> Bronkborste <input type="checkbox"/> CAPD-vätska <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Faeces <input type="checkbox"/> Hudskrap <input type="checkbox"/> Kateterspets <input type="checkbox"/> Ledvätska <input type="checkbox"/> Likvor <input type="checkbox"/> Munhåla <input type="checkbox"/> Nagelskrap <input type="checkbox"/> Nasofarynx <input type="checkbox"/> Nasofarynxspirat <input type="checkbox"/> Nässeekret <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Punktat <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Sår <input type="checkbox"/> Trakealsekret <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Vaginalsekret <input type="checkbox"/> Vatten <input type="checkbox"/> Vävnadsbit <input type="checkbox"/> Ögon <input type="checkbox"/> Öron		<b>ÖNSKAD UNDERSÖKNING</b>  <b>ODLING</b> <input type="checkbox"/> Gonokocker <input type="checkbox"/> MRGN(Multi Resistent Gram Negativa stavar) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Svamp <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> VRE/MRGN <input type="checkbox"/> .....  <b>DNA-/RNA-PÅVISNING</b> <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis/parapertussis <input type="checkbox"/> Calicivirus (Norovirus) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis/Gonokocker <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae/Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Coronavirus SARS-CoV-2 Patient <input type="checkbox"/> Coronavirus SARS-CoV-2 Personal <input type="checkbox"/> Dientamoeba fragilis <input type="checkbox"/> Faeces, hälsokontroll <input type="checkbox"/> Faeces, inhemsk smitta <input type="checkbox"/> Faeces, utländsk smitta <input type="checkbox"/> Fusobacterium necrophorum <input type="checkbox"/> Gastrovirus <input type="checkbox"/> HCV-RNA <input type="checkbox"/> Herpes simplex/Varicella zoster virus <input type="checkbox"/> HPV (Humant papillomavirus) <input type="checkbox"/> Influenza A + B och RS-virus <input type="checkbox"/> Legionella <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Nagelsvamp <input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii <input type="checkbox"/> Ureaplasma	
		<b>ÖVRIGT</b> <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi (likvor) <input type="checkbox"/> Endotoxin <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori antigen (faeces) <input type="checkbox"/> Legionellaantigen (urin) <input type="checkbox"/> Mikroskopi maskägg <input type="checkbox"/> Pneumokockantigen (urin)  <b>SEROLOGI</b> <input type="checkbox"/> Stickskada (HBsAg, anti-HCV och anti-HIV) <input checked="" type="checkbox"/> Borrelia <input type="checkbox"/> Coronavirus SARS-CoV-2 IgG <input type="checkbox"/> EBV/CMV <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Hepatit A (anti-HAV) <input type="checkbox"/> Hepatit B (HbsAg) <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HBs (vaccination) <input type="checkbox"/> Hepatit C (anti-HCV) <input type="checkbox"/> Hepatit E <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HTLV (anti-HTLV) <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input checked="" type="checkbox"/> Rubella-immunitet <input type="checkbox"/> Syfilis <input type="checkbox"/> Quantiferon (IGRA)  <b>IMMUNOLOGI</b> <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> AMA/SMA <input type="checkbox"/> ANCA (anti-MPO + anti-PR3) <input type="checkbox"/> ANCA + GBM <input type="checkbox"/> Anti-CCP <input type="checkbox"/> RA-test <input type="checkbox"/> Transglutaminas IgA	
		Biobankslagen gäller blåmärkta prover, var god se baksidan	

Särskild debiteringsadress

### Provtagningsanvisningar

Var god se vår hemsida på intranätet eller på [www.regionhalland.se/analys](http://www.regionhalland.se/analys)

### Fyll i remissen rätt

Lathund finns på mikrobiologens hemsida på intranätet eller [www.regionhalland.se/analys](http://www.regionhalland.se/analys)

### Gäller enbart blodprover för serologi/immunologi

Inskickandet av remissen bekräftar att patienten (alt vårdnadshavaren/närstående) har fått information om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

**Nej**, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong skickas till Regionalt Biobanksregister.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

.....provordinerande personals signatur

**S = Sensitiv**, känslig    **I = Kräver ökad antibiotikaexponering**    **R = Resistent**

	Antibiotika	Bakteriestam 1	Bakteriestam 2	
1	Amoxicillin/Klavulansyra			
2	Ampicillin			
3	Cefadroxil			
4	Cefotaxim			
5	Ceftazidim			
6	Ceftibuten			
7	Cefuroxim			
8	Ciprofloxacin			
9	Erytromycin			
10	Flukloxacillin			
11	Fusidinsyra			
12	Gentamicin			
13	Imipenem			
14	Kinolon			
15	Klindamycin			
16	Linezolid			
17	Mecillinam			
18	Meropenem			
19	Metronidazol			
20	Nitrofurantoin			
21	PcG			
22	PcV			
23	Piperacillin/Tazobactam			
24	Rifampicin			
25	Tetracyklin			
26	Tobramycin			
27	Trimetoprim			
28	Trim-sulfa			
29	Vancomycin			