

Remitterande inrättning		Namn, personnummer (12 siffror)	
Kopia till:			
Provtagningsdatum	Remitterande läkare	Nummerlapp mikrobiologen	Nummerlapp insändare
<input type="checkbox"/> Särskild debiteringsadress anges på baksidan	Telefonnummer		
Kliniska data (anamnes, frågeställning)		Ifylles vid urinprovtagning Symtom från urinvägar <input type="checkbox"/> < 4 tim <input type="checkbox"/> ≥ 4 tim <input type="checkbox"/> Inga symtom <input type="checkbox"/> Recidiverande infektion <input type="checkbox"/> Kontroll efter behandling Nitrit <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ	
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"/>	
PROVTYP <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"/> Nasofarynxaspirat <input type="checkbox"/> Nässekret <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		ÖNSKAD UNDERSÖKNING ODLING <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 DNA-/RNA-PÅVISNING <input type="checkbox"/> Apkoppsvirus (Monkeypox) <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis/parapertussis <input type="checkbox"/> Calicivirus (Norovirus) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis/Gonokocker <input type="checkbox"/> Chlamydomydia/Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/> Chlamydomydia psittaci <input type="checkbox"/> Clostridioides difficile <input type="checkbox"/> Dermatofyt <input type="checkbox"/> Dientamoeba fragilis <input type="checkbox"/> Fecespanel <input type="checkbox"/> Fusobacterium necrophorum <input type="checkbox"/> HCV-RNA <input type="checkbox"/> Herpes simplex/Varicella zoster virus <input type="checkbox"/> Legionella <input type="checkbox"/> Luftvägspanel <input type="checkbox"/> Meningit/encefalit panel <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii <input type="checkbox"/> RS-virus <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2, Influenza A + B Patient <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2, Influenza A + B Personal <input type="checkbox"/> Ureaplasma	
		ÖVRIGT <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi (likvor) <input type="checkbox"/> Betaglukan <input type="checkbox"/> Endotoxin <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori antigen (faeces) <input type="checkbox"/> Kalprotektin <input type="checkbox"/> Legionellaantigen (urin) <input type="checkbox"/> Mikroskopi maskägg <input type="checkbox"/> Pneumokokantigen (urin) <input type="checkbox"/> Yersinia patotypning SEROLOGI <input type="checkbox"/> Stickskada (HBsAg, anti-HBs, anti-HCV och anti-HIV) <input checked="" type="checkbox"/> Borreliä <input type="checkbox"/> EBV/CMV <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 checked="" type="checkbox"/> Rubella-immunitet <input type="checkbox"/> Syfilis <input type="checkbox"/> TBE IgM <input type="checkbox"/> Quantiferon (IGRA) IMMUNOLOGI <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

Fyll i remissen rätt

Lathund finns på mikrobiologens hemsida på intranätet eller www.regionhalland.se/analys

Biobanksinformation

Mer information om biobankslagen och samtycke till prov i biobank finns på www.biobanksverige.se