

Beställning CYTOLOGI

Beställare		Personnummer, namn:	
Provtagningsdatum	<input type="checkbox"/> Snabbsvar Tel nr:.....	<input type="checkbox"/> SVF OM DET ÄR SVF ANGE VILKEN PROCESS:	
Beställning avser: <input type="checkbox"/> Allmän Cytologi _{C1} <input type="checkbox"/> Bröscytologi _{C2} <input type="checkbox"/> Punktionsmottagning _{C3} <input type="checkbox"/> Eftergranskning Cytologi _{EC1}	Anamnes		PLATS FÖR STRECKKOD, ANGES AV LABORATORIET
Provet utgörs av: <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Borstprov <input type="checkbox"/> Bronkialsekret <input type="checkbox"/> Bukskölvätska <input type="checkbox"/> Cerebrospinalvätska <input type="checkbox"/> Finnålspunktion <input type="checkbox"/> Pericardvätska <input type="checkbox"/> Pleuraexudat <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Övrig, specificera i Anamnesrutan			
Antal provkärl	Antal glas	Fixeringsmetod <input type="checkbox"/> Natriumklorid <input type="checkbox"/> Cytolyt <input type="checkbox"/> Utan tillsats	
Datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande	
Laboratoriets interna anteckningar			
Laboratoriets provnummer:		Insändarens provnummer:	
Biobanken , inskickandet av denna beställning bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om och samtycker till - att provet och tillhörande - personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.			