

REMISS - INDICERAD VAGINALCYTOLOGI

Svar ska sändas till / inremitterande läkare ☐ Kopia _____ ☐ Deb. om annan än svarsmottagare _____	Speciella önskemål ☐ Tel. svar. ☐ Snabbsvar Tel/Sök _____ ☐ SVF _____ ☐ Svar senast _____ Datum: _____ ☐ MDK _____ Datum: _____	Personnummer och fullständigt namn _____	
	Datum _____ Läkare/Barnmorska _____		

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt. vårdnadshavare / närstående) informeras 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.

- ☐ Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas
☐ Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

☐ INDICERAD PROVTAGNING
☐ INDICERAD PROVTAGNING MED HPV-ANALYS ENLIGT VÅRDPROGRAM. ANGE INDIKATION ☐ Uppföljning lätt skivepiteltypi/CIN1 > 50 år ☐ Uppföljning 1 år efter behandling ☐ Reflextest vid lätt skivepiteltypi/CIN1 (Gravida mm) ☐ Särskilda fall; specificera: _____

☐ Vanligt 3-portionsprov ☐ Annat (spec) _____ Antal glas _____
Regl regelb ☐ Ja ☐ Nej typ _____ SM _____ Menopaus? ☐ Ja, år _____ ☐ Bilat oophorectomi
Gravid? ☐ Ja, vecka _____ Post partum _____ veckor ☐ Spiral
Uterusexstirp ☐ total ☐ supravag Konisation ☐ Ja, när? _____ Strålterapi ☐ Ja, när? _____
Aktuell hormonterapi ☐ Nej ☐ Ja typ _____
Gynstatus samt klinisk diagnos och frågeställning 
Kolposkopi ☐ benign ☐ atypisk ☐ ofullständig/osäker
☐ M00110 PROVETS KVALITET ☐ Ej bedömbart ☐ Otillräckligt ☐ Blod ☐ Inflammation ☐ Nedsatt bedömbarhet ☐ Endocervikala celler saknas
KOMMENTAR _____
Screenad av _____ Granskad av _____ Avvikelse _____

Klinisk Patologi/Cytologi, Laboratoriemedicin VL
 Östersunds sjukhus, 831 83 Östersund
 Telefon: 063-15 40 80