

REMISS
ALLMÄN CYTOLOGI / PUNKTION

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	Rem. läkare

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

☐ 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

Antal flaskor/rör _____		Antal glas _____		☐ Lufttorkat	Packat och inskickat av _____		Tel _____
				☐ Fixerat			
Preparatet utgörs av							
☐ Borstprov	☐ Sputum I II III	☐ Blåssköljvätska	☐ Pleuraexsudat	☐ Punktat			
☐ Bronk _____	☐ Liquor	☐ Urin	☐ Ascites	☐			
Anamnes, klinisk data			Strålterapi, cytostatika, hormonterapi, när?				
			☐ Nej				
Klinisk diagnos		Frågeställning					

Datum	Provtyp	Komponent	Avvikelse
Inskickade glas		Flaskor/rör	
Vätska ml		Vätska färg	
Preparerade glas och färgningar ☐ Histo ☐ Immuno			
Preparerat av		Färgat av	Etiketterat av
Diagnosförslag			
Datum, screenad av			Granskare
Inlämningsdatum			

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

UL 1072 Smartwork AB