

|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|
| Svar ska sändas till / inremitterande läkare                                                                 | <b>Speciella önskemål</b><br><input type="checkbox"/> Tel. svar.<br><input type="checkbox"/> Snabbsvar<br>Tel/Sök _____<br><input type="checkbox"/> SVF<br><input type="checkbox"/> Svar senast<br>Datum: _____<br><input type="checkbox"/> MDK<br>Datum: _____ | Personnummer och fullständigt namn |         |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 | Datum                              | Bm. kod |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 | Rem. läkare                        |         |
| <input type="checkbox"/> Extra kopia _____<br><input type="checkbox"/> Deb. om annan än svarsmottagare _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |         |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LUNGCYTOLOGI, EXSUDAT MM</b><br><input type="checkbox"/> SPUTUM, prov nr _____ i pågående serie<br><input type="checkbox"/> BRONKSEKRET<br><input type="checkbox"/> BRONKSKÖLJVÄTSKA<br><input type="checkbox"/> BORSTBIOPSI<br><input type="checkbox"/> TRANSBRONK. NÅLBIOPSI<br>Provet har tagits från: _____<br><input type="checkbox"/> PLEURAVÄTSKA HÖ. VÅ.<br><input type="checkbox"/> ASCITES<br><input type="checkbox"/> LIKVOR<br><input type="checkbox"/> ANNAT MATERIAL (specificera): _____ | <b>URIN</b><br>URIN prov nr _____ i pågående serie<br><input type="checkbox"/> KASTAD BLÅSURIN<br><input type="checkbox"/> BLÄSSKÖLJVÄTSKA<br><input type="checkbox"/> ANNAT URINPROV (SPECIFICERAT): _____<br>Besvara följande frågor:<br>Cystoskopi/kateterisering utförd senaste tre dygnen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Cystoskopifynd: _____<br>Urinvägskonkrement? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <b>FINNÅLSPUNKTION (aspirationsbiopsi)</b><br><input type="checkbox"/> PUNKTAT från _____<br>(använd utrymmet nedan för ev. skiss)<br>Prep. nr.<br>I _____<br>II _____<br>III _____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                |                                        |                                 |
|----------------|----------------------------------------|---------------------------------|
| Fixeringsmedel | Hormon-, cytostatikaterapi (art, när?) | Strålterapi (region, dos, när?) |
|----------------|----------------------------------------|---------------------------------|

Anamnes, status och frågeställning

**VAGINALCYTOLOGI**
☐ **GYNEKOLOGISK CELLPROVSKONTROLL**
☐ **INDICERAD PROVTAGNING**
☐ **INDICERAD PROVTAGNING MED HPV-ANALYS ENLIGT VÅRDPROGRAM. ANGE INDIKATION**

- ☐ Uppföljning lätt skivepitelatyperi/CIN1 > 50 år
- ☐ Uppföljning 1 år efter behandling
- ☐ Reflextest vid lätt skivepitelatyperi/CIN1 (Gravida mm)
- ☐ Särskilda fall; specificera: \_\_\_\_\_

Regelb mens ☐ ja ☐ nej SM \_\_\_\_\_ Spiral ☐ \_\_\_\_\_ Menopaus ☐ år \_\_\_\_\_

Gravid ☐ BP \_\_\_\_\_ Post partum \_\_\_\_\_ månad Aktuell hormonterapi \_\_\_\_\_ Strål- / cytostatikaterapi ☐ när \_\_\_\_\_

Uterusexstirp. ☐ total ☐ supravag. Konisation ☐ när \_\_\_\_\_ Oophorect. bilat. ☐ \_\_\_\_\_

Kolposkopi ☐ Benign bild ☐ Atyp. bild ☐ Ofullständig

Gynstatus, Klinisk diagnos och frågeställning