

Remiss ODLING / PCR

Beställare / Svaremottagare Streckkodsetikett		Svaremottagare (om annan än beställare) Namn och adress		Patientidentitet (personnummer och namn) Streckkodsetikett	
Debiteras (om annan än beställare)				RID/LID	
Provtagningsenhet / Sign:		Datum:	Klockslag:	Remitterande läkare:	
Anledning till provtagning: <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Smittspårning <input type="checkbox"/> Screening			<input type="checkbox"/> Sluten vård <input type="checkbox"/> Öppen vård		
Kliniska upplysningar, frågeställning:					
Urin Nitrit Symptom Blåsink.tid <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Nej tim		<input type="checkbox"/> Immunsupprimerad <input type="checkbox"/> Utlandsvistelse <input type="checkbox"/> Gravid Land: _____		Antibiotikabehandling, planerad/pågående:	
PROVTYP			ANALYS		
Sterila lokaler <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Cerebrospinalvätska <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> Pleuravätska <input type="checkbox"/> Vävnad/benbit <input type="checkbox"/> Ledpunktat Ange var: _____		Urin <input type="checkbox"/> Urin mittstråle <input type="checkbox"/> Urin KAD <input type="checkbox"/> Urin blåspunktion <input type="checkbox"/> Urin engångskateter <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Allmän odling <input type="checkbox"/> Betahemolyserande streptokocker <input type="checkbox"/> Jästsvamp <input type="checkbox"/> Mikroskopi <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Pneumokockantigen i urin <input type="checkbox"/> Legionellaantigen i urin <input type="checkbox"/> Clostridioides difficile <input type="checkbox"/> Allmän odling feces (Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, EHEC, Vibrio spp. och Plesionmonas) <input type="checkbox"/> Enligt livsmedelslagen eller smittkontroll (Salmonella, Shigella) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis PCR <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae PCR <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium PCR <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumonia PCR <input type="checkbox"/> Influensa/RSV, Corona (SARS-CoV-2) snab-PCR <input type="checkbox"/> Influensa/RSV, Corona (SARS-CoV-2) PCR <input type="checkbox"/> Calicivirus (norovirus) snab- PCR <input type="checkbox"/> Tuberkulos snabb-PCR <input type="checkbox"/> HBV DNA kvantifiering PCR <input type="checkbox"/> HCV RNA kvantifiering PCR <input type="checkbox"/> HIV RNA kvantifiering PCR (plasma)	
Hud /Mjukdelar/Skelett <input type="checkbox"/> Sår, ange var: _____ <input type="checkbox"/> Ytligt <input type="checkbox"/> Djupt <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> _____		Genitala prov /STI <input type="checkbox"/> Urin 1:a portion <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Vaginal/urin (ej för klamydia-gonorré) <input type="checkbox"/> Annat _____			
Luftvägar <input type="checkbox"/> Bronskölvätska <input type="checkbox"/> Bronkial-/trakealsekret <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Borstprov <input type="checkbox"/> Bihålesekret <input type="checkbox"/> Nasopharynx <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Näsa <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> _____		Feces <input type="checkbox"/> Feces Övrigt <input type="checkbox"/> CVK-spets, -kateter <input type="checkbox"/> Öga <input type="checkbox"/> Öra <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> Endast flaskor			
Övrigt <input type="checkbox"/> _____					