Remiss NRL Region Skåne

Beställare Ange **Kundkod**

Patientetikett/Patient ID och Namn

Om annan ska debiteras ange Kundkod	Svarskopia till, ange Kundkod
Remitterad av (RSID alt. namn i klartext)	Tillgängligt tel. nr

☐ **Patient ID ej styrkt**

Provtagningsdatum Tid Provtagare RSID

Grunddiagnos, anamnes, frågeställning ☐ Immunsupprimerad ☐ Gravid

Antibiotikabehandling

pågående .....

planerad .....

avslutad .. ..

Utlandssmitta: JA ☐ NEJ ☐ Ange stad: .....

Epidemiologisk typning av bakterier

☐ Typning av *Streptococcus pyogenes*
☐ Typning av övriga streptokocker
☐ Typning av *Staphylococcus aureus* (ej MRSA)
☐ Typning av övriga stafylokocker

☐ Sekvensjämförelse önskas (ange mellan vilka prov i anamnesrutan)

Atypiska luftvägspatogener

☐ *Legionella* spp, DNA-påvisning med artbestämning (*L. pneumophila*, *L. longbeachae*, *L. anisa*, *L. bozemanae*, *L. micdadei*)
☐ *L. pneumophila* sg1och ST1, DNA-påvisning
☐ Legionellaodling önskas vid positivt resultat för DNA-påvisning (debiteras separat)

Retrovirus

☐ HIV-2 RNA, kvantifiering (digital droplet PCR)
Hur länge har patienten följts med en HIV-2-diagnos: .....
Vilka antiretrovirala läkemedel har patienten behandlats med: .....

Parasiter

☐ Malaria, DNA
☐ Malaria, DNA med artbestämning av *P. falciparum* och *P. vivax*
☐ Malaria/*Babesia*, mikroskopipåvisning
☐ *Babesia*, DNA
☐ *Toxoplasma gondii* DNA-påvisning (även FFPE-behandlat provmaterial)

☐ Övrigt enligt överenskommelse, ange: .....

HPV

☐ HPV

Frågeställning: .....

Provmaterial: .....

Vid frågor kontakta NRL Region Skåne:
nrl.mikrobiologi@skane.se

För laboratoriets numrering

5927314113

Klinisk mikrobiologi
Sölvegatan 23 B
221 85 Lund, Tel. 046-17 32 50