

Kundkod <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>			Läkarid / ert ordernummer <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>			Patientetikett / alternativt patientdata (Personnummer, namn) <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>			
Tillgängligt tel nr <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>									
Provtagningsstid År Mån Dag <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>		Klockslag Tim Min <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>		Provtagarens id / signatur <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>		Patientid ej styrkt <input type="checkbox"/>		Plats för laboratoriets etikett (klinisk kemi) <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	
Grunddiagnos / Anamnes <input style="width:100%; height: 40px;" type="text"/>							Insjukningsdag: <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>		
Önskad analys:									
<input type="checkbox"/> U-Legionella-ag			<input type="checkbox"/> Nasof-Influensa/RS (Snabb-PCR) *			<input type="checkbox"/> B-Malaria-ag: *			
<input type="checkbox"/> U-Pneumokock-ag			<input type="checkbox"/> S-Mononukleos *			Snabbtest + utstryk och färgning			
<input type="checkbox"/> Csv-Pneumokock-ag						<input type="checkbox"/> B-Malaria: *			
						Endast utstryk och färgning			
* Biobank									
Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt vårdnadshavare) har fått information om att provet och tillhörande personuppgifter kan komma att sparas. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till att provet får sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.									
<input type="checkbox"/> Nej, provgivaren samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. En "nej-talong" har skickats in.									
<input type="checkbox"/> Provgivaren är vid provtillfället oförmögen att lämna samtyckesbeslut.									
Laboratoriets analysresultat									
U-Legionella-ag _____			Nasof-Influensa/RS (Snabb-PCR): Resultat + CT-värde			B-Malaria-ag (om positivt ange även svarsalternativ) _____			
<input type="checkbox"/> Provet kokt			Influensa A virus _____			B-Malaria utstryk och färgning utförd: <input type="checkbox"/> Ja			
U-Pneumokock-ag _____			Influensa B virus _____			Efter tele-överenskommelse med RSID: _____ finns färgade utstryk för mikroskopi på:			
Csv-Pneumokock-ag _____			RS-virus _____			<input type="checkbox"/> Klinisk kemi			
S-Mononukleos _____						<input type="checkbox"/> Klinisk mikrobiologi			
						<input type="checkbox"/> Infektionskliniken			
Analysen utförd i:								Av: (ange RS-ID) <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Helsingborg		<input type="checkbox"/> Kristianstad		<input type="checkbox"/> Lund		<input type="checkbox"/> Malmö		<input type="checkbox"/> Ystad	
Telefonsvarsruta						Ankomstdatum			
Telefonbesvarat kl _____ av (ange RSID) _____						<input style="width:100%; height: 40px;" type="text"/>			
Svaret mottaget av (ange RS-ID) _____									