

Beställare Ange Kundkod	
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

*Labmedicin inför tillfälliga förändringar i analysutbudet, se <https://vardgivare.skane.se/vardiriktlinjer/laboratoriemedicin>. Berörda analyser är markerade.

Utlandssmitta: JA **NEJ** **Ange stad:**

Blod/punktat/vävnad	Övre luftvägar	Urin	Faeces
<input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Likvor (Csv) <input type="checkbox"/> Ledvätska <input type="checkbox"/> Pleuravätska <input type="checkbox"/> Punktat <input type="checkbox"/> Kateterspets (CVK/CDK mfl) <input type="checkbox"/> Biomaterial övrigt <input type="checkbox"/> Biopsi/vävnad <input type="checkbox"/> Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Svampodling <input type="checkbox"/> Mikroskopi <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (biopsi) <input type="checkbox"/> Borrelia-DNA (ledvätska) <input type="checkbox"/> *Bakterie-DNA (16S rDNA) <input type="checkbox"/> OBS! Meningit/encefalit-panel beställs på remiss Serologi/Virologi	<input type="checkbox"/> Nasofarynxsekret <input type="checkbox"/> Svalg- tonsillsekret <input type="checkbox"/> Hörselgångssekret <input type="checkbox"/> Sinussekret <input type="checkbox"/> Bakre svalgvägg <input type="checkbox"/> Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Arcanobakterier / Fusobakterier <input type="checkbox"/> Meningokocker <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Chlamydomphila pneumoniae /Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Urin mittstråle Blåstid: (tim) <input type="checkbox"/> Kateterurin <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Odling STI <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis /Gonokocker <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Odling Gonokocker (ej urin)	1 prov + 1 remiss per analys Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (burk) <input type="checkbox"/> Helicobacterantigen (burk) <input type="checkbox"/> Gastroenteritpanel bakterier (pinnprov) (Salm, Shig, Yers, Camp, EHEC, E. coli) Smittspårning/uppföljning enl Smittskyddslagen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parasiter <input type="checkbox"/> Faeces i burk med SAF <input type="checkbox"/> Övrigt material, ange..... Mikroskopi <input type="checkbox"/> Cystor och maskägg Specialundersökningar <input type="checkbox"/> Cryptosporidium/Oocystor <input type="checkbox"/> Hälsokontroll <input type="checkbox"/> Schistosomaägg(urin/faeces) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *Faeces i burk utan tillsats DNA påvisning <input type="checkbox"/> *Tarmprotozoer <i>E. histolytica, E. dispar, C. parvum/hominis, G. intestinalis</i> <input type="checkbox"/> *Tarmprotozoer + D. fragilis
Sekret - Sår/Genitalia	Nedre luftvägar	Svamp	Mykobakterier
<input type="checkbox"/> Sår yttligt <input type="checkbox"/> Sår djupt <input type="checkbox"/> Trycksår/bensår <input type="checkbox"/> Op-sår <input type="checkbox"/> Abscess yttlig <input type="checkbox"/> Bettsår <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Odling	<input type="checkbox"/> Tracheal / bronkial-sekret <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> CF/..... <input type="checkbox"/> Sterilt borstprov (bronkialt) <input type="checkbox"/> Bronskölvätska (BAL) <input type="checkbox"/> Bronskölvätska (BAL) <input type="checkbox"/> Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Pneumocystis jiroveci <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Chlamydomphila pneumoniae /Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Legionella /Chlamydomphila psittaci <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> Tungskrap <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Bronskölvätska (BAL) <input type="checkbox"/> Nagelskrap — <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Fot <input type="checkbox"/> Hudskrap från <input type="checkbox"/> Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Svampodling <input type="checkbox"/> Inkl. mikroskopi (ej eSwab) <input type="checkbox"/> *Dermatofyt DNA-påvisning (Endast material från fot)	<input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> VSK <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Bronkialsekret <input type="checkbox"/> Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Inkl. mikroskopi <input type="checkbox"/> Inkl. PCR (M. tuberculosis)

Etiketter blododlingar

För laboratoriets numrering

5927314113