

Beställare Ange Kundkod		<input type="checkbox"/> Patient ID ej styrkt Provtagningsdatum      Tid      Provtagare RSID
Om annan ska debiteras ange Kundkod	Svarskopia till, ange Kundkod	
Remitterad av (RSID alt. namn i klartext)	Tillgängligt tel. nr	

**Grunddiagnos, anamnes, frågeställning**     Immunsupprimerad     Gravid     Hälsokontroll

Insjukningsdag:                      Antiviral behandling:                       Patienten har nyligen erhållit blodprodukter / gammaglobulin

<p><b>Serologi Antikroppspåvisning</b></p> <p>Ett välfyllt SST-rör 7 mL för analyser inom denna ruta Vid kapillärprovtagning kontaktas laboratoriet för rätt antal rör</p> <p><b>Bakterier</b></p> <p><input type="checkbox"/> Borrelia  <input type="checkbox"/> Neuroborrelia (Liquor och Serum)  <input type="checkbox"/> Chlamydomphila pneumoniae  <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori  <input type="checkbox"/> Legionella  <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae  <input type="checkbox"/> Pertussis  <input type="checkbox"/> Toxoplasma  <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>Virus</b></p> <p><input type="checkbox"/> Adenovirus*  <input type="checkbox"/> Influenza A &amp; B - virus *  <input type="checkbox"/> TBE          Cytomegalovirus (CMV)  <input type="checkbox"/> Aktuell infektion  <input type="checkbox"/> Bärarskap          Epstein Barr-virus (EBV)  <input type="checkbox"/> Aktuell infektion  <input type="checkbox"/> Bärarskap          Herpes simplex-virus (HSV)  <input type="checkbox"/> Aktuell infektion  <input type="checkbox"/> Bärarskap          Morbillivirus  <input type="checkbox"/> Aktuell infektion  <input type="checkbox"/> Immunitet          Parotitvirus  <input type="checkbox"/> Aktuell infektion  <input type="checkbox"/> Immunitet          Parvovirus B19  <input type="checkbox"/> Aktuell infektion  <input type="checkbox"/> Immunitet          Rubellavirus  <input type="checkbox"/> Aktuell infektion  <input type="checkbox"/> Immunitet          Varicella-zoster-virus  <input type="checkbox"/> Aktuell infektion  <input type="checkbox"/> Immunitet/Bärarskap  <input type="checkbox"/> .....</p> <p>* Akut- och konvalescentprov behövs</p>	<p><b>Screening blodsmitta</b></p> <p>Ett välfyllt SST-rör 7 mL för analyser inom denna ruta. Kapillärprov rör 3-4 st</p> <p><input type="checkbox"/> Blodsmittescreening (HIV, hepatit B &amp; C)  <input type="checkbox"/> Syfilis (lues)  <input type="checkbox"/> Screening av gravida (HIV, hepatit B, Syfilis, rubella-immunitet - om ej känd)  <b>HIV</b>  <input type="checkbox"/> HIV screeningtest (anti-HIV och HIV-antigen)  <b>Hepatit A</b>  <input type="checkbox"/> IgM (aktuell infektion)  <input type="checkbox"/> IgG vaccination/immunitet  <b>Hepatit B</b>  <input type="checkbox"/> HBsAg (infektion)  <input type="checkbox"/> Anti-HBc  <input type="checkbox"/> Anti-HBs (vaccination)  <b>Hepatit C</b>  <input type="checkbox"/> Anti-HCV  <b>HTLV</b>  <input type="checkbox"/> HTLV I &amp; II screeningtest</p>	<p><b>Viruspåvisning</b></p> <p><input type="checkbox"/> Blåseekret, genitalprov  <input type="checkbox"/> Blåseekret  <input type="checkbox"/> Bronkskölvätska  <input type="checkbox"/> EDTA-plasma  <input type="checkbox"/> Faeces (burk)  <input type="checkbox"/> Liquor (Csv)  <input type="checkbox"/> Nasofarynxaspirat  <input type="checkbox"/> Nasofarynx pinnprov  <input type="checkbox"/> Urin  <input type="checkbox"/> Konjunktivalsekret  <input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>Önskad undersökning</b></p> <p><input type="checkbox"/> Adenovirus  <input type="checkbox"/> BK-virus  <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus (CMV)  <input type="checkbox"/> Inkl kvantifiering  <input type="checkbox"/> Enterovirus  <input type="checkbox"/> Epstein-Barr-virus (EBV)  <input type="checkbox"/> Gastroenteritpanel virus (norovirus, rotavirus, sapovirus, astrovirus och adenovirus typ 40/41)  <input type="checkbox"/> Herpes simplex-virus(HSV)  <input type="checkbox"/> JC - virus  <input type="checkbox"/> Luftvägsvirus (influenza, RSV &amp; metapneumovirus)  <input type="checkbox"/> Luftvägsvirus - utvidgad  <input type="checkbox"/> Morbillivirus  <input type="checkbox"/> Papillomvirus (HPV)  <input type="checkbox"/> Parechovirus  <input type="checkbox"/> Parvovirus B19  <input type="checkbox"/> Varicella - zoster virus  <input type="checkbox"/> .....</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Quantiferon</b></p> <p>Prov tas i specialrör. Förvaras och transporteras i rumstemperatur. Får ej kylas. Ej inkuberade prov skall vara på lab inom 16tim från provtagning må-fre. Nedanstående uppgifter ska vara ifyllda för att analys ska utföras !</p> <p>Provtagningsdatum .....</p> <p>Klockslag .....</p> <p><b>Proven är:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ej inkuberade  <input type="checkbox"/> Inkuberade 37° C          16-24 tim</p>	<p><b>Kvantifiering/typning</b></p> <p><b>Välfyllt EDTA-rör 7mL</b></p> <p><input type="checkbox"/> HIV-1 RNA kvantifiering</p> <p><b>Välfyllt EDTA 7mL eller PPT-rör</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hepatit B DNA kvantifiering  <input type="checkbox"/> Hepatit C RNA kvantifiering  <input type="checkbox"/> Hepatit B typning  <input type="checkbox"/> Hepatit C typning</p>	<p>För laboratoriets numrering</p>

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 ikrässaad, innebär det att provgivaren samtycker till att provet får sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

**Nej**, provgivaren samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. En "nej-talong" har skickats in.  
 Provgivaren är vid provtillfället oförmögen att fatta samtyckesbeslut.

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

V1801