



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

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 (Ej punktats/aspirat) <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 	<p>1 prov + 1 remiss per analys</p> <p>Önskad undersökning</p> <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (burk) <input type="checkbox"/> Gastroenteritpanel bakterier (pinnprov) <i>(Salm, Shig/EIEC, Yers, Camp, EHEC)</i> <input type="checkbox"/> Gastroenteritpanel bakterier (pinnprov) + ETEC, EAEC, EPEC Smittspårning/uppföljning enl Smittskyddslagen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Secret - Sår/Genitalia <input type="checkbox"/> Sår ytligt <input type="checkbox"/> Sår djupt <input type="checkbox"/> Op-sår <input type="checkbox"/> Abscess ytlig <input type="checkbox"/> Trycksår/ bensår <input type="checkbox"/> Bursa <input type="checkbox"/> Bettsår <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Odling	Nedre luftvägar <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) 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"/>	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)	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
Actinomyces/Nocardia Ange provmaterial: Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Odling Actinomyces <input type="checkbox"/> Odling Nocardia		Svamp <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)	Mykobakterier <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 		Öga <input type="checkbox"/> Konjunktivalsekret <input type="checkbox"/> Kornealskrap <input type="checkbox"/> Önskad undersökning <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Acanamöba	

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

B2404

5927314113

För laboratoriets numrering