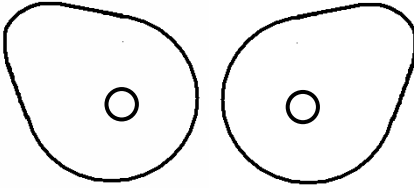


| | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|------------------------------|--|-------------------|--|-------------------------|--|
| Personnummer (12 tecken) | | Svar till: Kundkod/MG-kod | Telefon nr: | | | | | | |
| Namn (efternamn, förnamn) | | Debiteras: Kundkod/MG-kod | | | | | | | |
| Adress (om Kundkod/MG-kod saknas) | (Reserverat för laboratoriet) | | | | | | | | |
| Ev. kopia till: | | | | | | | | | |
| Tidigare bröstkirurgi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej RT bröst <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Neoadj beh <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | Studiepatient <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | | | | | | |
| Storlekmm <input type="checkbox"/> Höger |  | <input type="checkbox"/> Vänster | | | | | | | |
| Lokalisation kl...../cm från mammill | | <i>Evt ScanB etikett</i> | | | | | | | |
| Mammografi/Ultraljud Kod M.....U..... <input type="checkbox"/> Solitär <input type="checkbox"/> Multipla <input type="checkbox"/> Mikrokalk | | Vikt | | | | | | | |
| Finnål/Mellannål <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> DCIS <input type="checkbox"/> Atypi <input type="checkbox"/> Benigt | | Tidpunkt och datum då preparatet har avlägsnats | | | | | | | |
| Operation <input type="checkbox"/> Mastektomi <input type="checkbox"/> Partiell mastektomi <input type="checkbox"/> Sentinel node <input type="checkbox"/> Non sentinel node <input type="checkbox"/> Axill | | 20...-...-... KI.... | | | | | | | |
| Preparatröntgen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Indikering | | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Antal skickade burkar</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </table> | | Antal skickade burkar | | | | | |
| Antal skickade burkar | | | | | | | | | |
| Övrig information | | | | | | | | | |
| Konferensdatum | | PAD-besked datum | | | | | | | |
| Datum | Namnunderskrift | Namnförtydligande | RSID | | | | | | |
| BIOBANKEN Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke | | | | | | | | | |
| LABORATORIETS INTERNA ANTECKNINGAR | | | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Antal mottagna burkar</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td>Uppackning</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ansvarig patolog</td> <td></td> </tr> </table> | Antal mottagna burkar | | Uppackning | | Ansvarig patolog | |
| | | | Antal mottagna burkar | | | | | | |
| | | | Uppackning | | | | | | |
| | | | Ansvarig patolog | | | | | | |
| Tidpunkt och datum i formalin 20...-...-... KI..... | | | | | | | | | |
| Tidpunkt och datum ur formalin 20...-...-... KI..... | | | | | | | | | |
| Klinisk patologi 251 87 Helsingborg Tel exp: 042 - 406 19 77 | Klinisk patologi 291 85 Kristianstad Tel exp: 044 - 309 19 70 | Klinisk patologi 221 85 Lund Tel exp: 046 - 17 35 10 | Klinisk patologi 205 02 Malmö Tel exp: 040 - 33 14 02 | | | | | | |