

Personnummer (12 tecken)	Plats för kundens etikett			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:					
PROVTAGNING	VPC (01) <input type="checkbox"/>	Vagina (02) <input type="checkbox"/>	Portio (03) <input type="checkbox"/>	Cervix (04) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Snabbsvar tel nr
<input type="checkbox"/> Indicerat prov pga: <input type="checkbox"/> avvikande cellprov (05) <input type="checkbox"/> uppföljning efter behandling (06) <input type="checkbox"/> symptom (07) <input type="checkbox"/> undersökningsfynd (08) 					
ANAMNES				STATUS	
<input type="checkbox"/> SM.....datum (09)		<input type="checkbox"/> skrap samtidigt (16)		<input type="checkbox"/> gyn ua (23)	
<input type="checkbox"/> MP.....år (10)		<input type="checkbox"/> IUD (17)		<input type="checkbox"/> gyn patologiskt (24)	
<input type="checkbox"/> gravidvecka (11)		<input type="checkbox"/> tot hysterect (18)		<input type="checkbox"/> kolp ua (25)	
<input type="checkbox"/> post part.....vecka (12)		<input type="checkbox"/> subtot hysterect (19)		<input type="checkbox"/> kolp patologiskt (26)	
<input type="checkbox"/> hormonterapi (13)		<input type="checkbox"/> kon med PAD (20)		<input type="checkbox"/> kondylom (27)	
<input type="checkbox"/> strålbehandling (14)		<input type="checkbox"/> behandl utan PAD (21)		<input type="checkbox"/> polyp (28)	
<input type="checkbox"/> px samtidigt (15)		<input type="checkbox"/> onormal blödning (22)		<input type="checkbox"/> prolaps (29)	
<input type="checkbox"/> HPV önskas (93)					
ÖVRIGT					
SVAR					
Svar på benigna och avvikande cellprov sänds till mottagare av utlåtande. Svar på benigna prov sänds dessutom automatiskt som brevsvar till patienten.					
<input type="checkbox"/> (90) Ej svar till patienten					
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					
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		