

Svar till

Reserverad plats för  
laboratoriets provnummer

Patient (personnr, namn)

Betalningsansvarig/kombikod

Kopia till

Provtagningsdatum

Rem läkare

Inskickande 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.

Nej, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

**SNABBSVAR** tel .....

Antal flaskor/rör ..... Antal glas .....  Lufttorkat  Fixerat

Packat och inskickat av ..... Tel .....

Preparatet utgörs av

Borstprov  Sputum I II III  Blåssköljvätska  Pleuraexsudat  Punktat  Ledvätska  
 Bronk .....  Liquor  Urin  Ascites

Anamnes, kliniska data, **obligatorisk**Strålterapi, cytostatika, hormonterapi, när?  Nej

Klinisk diagnos

Frågeställning

## LABORATORIEANTECKNINGAR

Datum	Provtyp	Komponent	Avvikelse
Inskickade glas		Flaskor/rör	
Vätska ml		Vätska färg	
Preparerade glas och färgningar			
<input type="checkbox"/> Histo		<input type="checkbox"/> Immuno	
Preparerat av	Färgat av	Etiketterat av	
Diagnosförslag			
Datum, screenad av			Granskare

Inlämningsdatum