

<b>Avsändare</b>		<b>Patientidentitet</b>	
------------------	--	-------------------------	--

<b>Remitterande läkare</b>	<b>Provtagningsdatum</b>	<b>Undersökningen ska debiteras</b>	<b>Provtagares sign</b>
----------------------------	--------------------------	-------------------------------------	-------------------------

<b>Kort anamnes, frågeställning</b>	<b>Ange för alla:</b>
	<input type="checkbox"/> Immunnedsatt/malign sjukdom <input type="checkbox"/> Dialys <input type="checkbox"/> Cytostatika-/steroidbehandling <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Blodsmitta <input type="checkbox"/> Antibiotikaallergi: _____ <b>Antibiotikabehandling:</b> Avslutad                      Pågående                      Planerad
<b>För MRB-odling ange ev smittort</b>	

URIN	LIKVOR/CNS	HUD/MJUKDELAR/SKELETT/LED
<input type="checkbox"/> Mittstråleprov <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Engångskateter <input type="checkbox"/> Påsprov <input type="checkbox"/> Cystoskopi <input type="checkbox"/> Pyelo/nefrostomi Annat: <input type="checkbox"/> _____ <b>Ange:</b> <input type="checkbox"/> Blåstid: _____ <input type="checkbox"/> Feber > 38° <b>FECES</b> <input type="checkbox"/> pinnprov (Eswab) <input type="checkbox"/> rör utan tillsats <input type="checkbox"/> rör m formalin Annat: <input type="checkbox"/> _____ <b>Ange:</b> Utlandsvistelse: _____ Insjuknat datum: _____ <input type="checkbox"/> Livsmedelspersonal odling <input type="checkbox"/> Hälsokontroll <input type="checkbox"/> Kontroll efter Salmonella/Shigella <b>BLOD</b> <input type="checkbox"/> blododlingsflaskor <input type="checkbox"/> utstryk / tjock droppe <b>KATETRAR, FRÄMMANDE MTRL</b> <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> CDK <input type="checkbox"/> Artärnål <input type="checkbox"/> Port-a-cath Annat: <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Rutinodling <input type="checkbox"/> Utvidgad odling <input type="checkbox"/> Svampodling <input type="checkbox"/> MRB-odling <input type="checkbox"/> U-mikroskopi (parasiter) <input type="checkbox"/> Nitrit positiv <input type="checkbox"/> Sveda/trängning <input type="checkbox"/> Dunkömhets <b>LIKVOR/CNS</b> <input type="checkbox"/> Likvor Annat: <input type="checkbox"/> _____ <b>ÖVRE LUFTVÄGAR M M</b> <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Nasofarynx (pinne) <input type="checkbox"/> Nasofarynxspirat <input type="checkbox"/> Bihåla/sinus <input type="checkbox"/> Munhåla <input type="checkbox"/> Näsöppning <input type="checkbox"/> Hörselgång <input type="checkbox"/> Mellanöra Annat: <input type="checkbox"/> _____ <b>NEDRE LUFTVÄGAR</b> <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Borstprov bronk <input type="checkbox"/> Pleuravätska Annat: <input type="checkbox"/> _____ <b>ÖGON</b> <input type="checkbox"/> Konjunktiva <input type="checkbox"/> Hornhinna <input type="checkbox"/> Främre kammare <input type="checkbox"/> Glaskropp Annat: <input type="checkbox"/> _____ <b>SVAMP/DERMATOFYT</b> <input type="checkbox"/> Nagel <input type="checkbox"/> Hår <input type="checkbox"/> Hudskrap <b>Ange var hudskrap tagits:</b> _____ <b>Anvisning</b> - Fyll i avsändare och patientidentitet. - Skriv kort anamnes - Sätt kryss i aktuella rutor för provmaterial och önskad analys. - Fyll i uppgifter under ”ange”. Dessa uppgifter är viktiga för hur provet tas omhand. - Etiketter för blododling etc kan klistras i denna ruta när anvisningarna lästs. Du kan beställa fler odlingar/analyser på samma remiss men ange noga provmaterial och vald odling/analys på respektive provs etikett.	<input type="checkbox"/> Ytligt sår <input type="checkbox"/> Djupt sår <input type="checkbox"/> Bitsår <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> Ledvätska <input type="checkbox"/> Bursainnehåll <input type="checkbox"/> Benvävnad <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> Blåsbottenskrap <input type="checkbox"/> Rutinodling <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi <input type="checkbox"/> HSV I och II <input type="checkbox"/> Varicella/zoster <input type="checkbox"/> MRB-odling <b>Ange:</b> <b>Lokalisation:</b> _____ <input type="checkbox"/> Peroperativ odling <input type="checkbox"/> Relation till främmande material (t ex ledprotes, osteosyntesmtr, CVK etc) <b>BUK</b> <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> Buksköljvätska <input type="checkbox"/> Sekret bukhåla <input type="checkbox"/> CAPD-vätska <input type="checkbox"/> Galla <input type="checkbox"/> Biopsi ange lokal: _____ Annat: <input type="checkbox"/> _____ <b>GENITAL/STD</b> <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Uretrasekret <input type="checkbox"/> Svalgsekret <input type="checkbox"/> Rectum/anus <input type="checkbox"/> Cervixsekret <input type="checkbox"/> Vaginalsekret <input type="checkbox"/> Prostataexprim <input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/> Blåsbottenskrap <input type="checkbox"/> Perianalt Annat: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Mycopl genitalium <input type="checkbox"/> N gonorrhoea <input type="checkbox"/> Jästsvamp <input type="checkbox"/> Actinomycesodling <input type="checkbox"/> Allmän odling <input type="checkbox"/> GBS/Listeriaodling <input type="checkbox"/> HSV I och II <input type="checkbox"/> MRB-odling

**Klinisk mikrobiologi, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad Tfn 054-19 16 00 Fax 054-15 18 40 DIREKTPÅVISNING ODLING**