



Klinisk Virologi, Laboratoriemedicin

Norrlands Universitetssjukhus

901 85 Umeå

Vid förfrågan: tfn 090-785 13 16/ 17

PROVTAGNINGSANVISNING v g se remissens baksida

Ank datum

Lab nummer

Svar ska sändas till - adress inkl postnummer		Personnr: (10 siffror)	
Interntelefonnr:		Namn	
Debiteras om annan än svaremmottagaren		Adress	
VIRUSDETEKTION PCR <input type="checkbox"/> ISOLERING <input type="checkbox"/>		Provtagningsdatum	
<input type="checkbox"/> Serum/plasma <input type="checkbox"/> Likvor <input type="checkbox"/> Svalg/saliv <input type="checkbox"/> Nasopharynxaspirat <input type="checkbox"/> Bronsksköljvätska <input type="checkbox"/> Faeces <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Blåsmaterial från <input type="checkbox"/> Ögonsekret <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> Direkt prep		Rem läkare	
CHL TRACHOMATIS (*) (genital klamydia) <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Öga <input type="checkbox"/> Övrigt		Insjukningsdag	
SEROLOGI, allmän <input type="checkbox"/> Serumprov 1 <input type="checkbox"/> Serumprov 2 <input type="checkbox"/> Likvor		Föregående prov	
IMMUNITET (ange agens)		Preliminär diagnos	
HEPATIT		<input type="checkbox"/> feber <input type="checkbox"/> kramper <input type="checkbox"/> blåsor <input type="checkbox"/> tracheit <input type="checkbox"/> huvudvärk <input type="checkbox"/> transstegring <input type="checkbox"/> conjunctivit <input type="checkbox"/> rhino-pharyngit <input type="checkbox"/> muskelvärk <input type="checkbox"/> icterus <input type="checkbox"/> myocardit <input type="checkbox"/> meningo-encephalit <input type="checkbox"/> diarré <input type="checkbox"/> exanthem <input type="checkbox"/> pneumoni <input type="checkbox"/> Sp-poly..... <input type="checkbox"/> Sp-mono.....	
RETROVIRUS <input type="checkbox"/> Hepatit A <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> HIV 1/ HIV 2 <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> HTLV I/II		Antiviral behandling Sedan när ÖVRIGT	
Gravid <input type="checkbox"/> BP..... STICKSKADA ; prov från Personal <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/>		Undersökningen avser nedanstående agens (Valet kan överlätas till laboratoriet, förutsatt att utförliga kliniska data har lämnats)	

UL 652 08.04 Stralin & Persson AB 023-350 60

LABORATORIETS ANTECKNINGAR

TFN SVAR: SIGN: MOTTAGET AV:

	Serum 1:		Serum 2:	
	Datum:		Datum:	
	ELISA	IgM	ELISA	IgM
Influenta A				
Influenta B				
Parainfluenta				
RSV				
Adeno				
Entero				
Rota				
Morbilli				
Parotit				
Rubella				
VZV				
HSV				
CMV				
HSV 2 index				
Parvo B19 index				
EBNA index				
EBV agglutination				
Mykoplasma aggl				
IF EBV VCA				
IF Chl pneum				

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) informerats om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan ska endast göras om patienten **inte** samtycker.

Patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talång bifogas.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke

(*) Alla prov sparas, utom prov för genital klamydia.