


Svar ska sändas till:	Patientidentitet:	 12726295
Telefon: Telefax:		
Kopia av svar till: Särskild debiteringsadress:	Remitterande läkare: Signatur provtagare:	

Kliniska data/frågeställning:	Provtagningsdatum:	KONCENTRATIONSBESTÄMNING ANTIBIOTIKA/ANTIMYKOTIKA	
		<input type="checkbox"/> Vancomycin <input type="checkbox"/> Teikoplanin <input type="checkbox"/> Flukonazol <input type="checkbox"/>	Prov 1 (före dos) Prov 2 (efter dos) Kl: Kl: Given dos: Samtidigt givna antibiotika: Kl:
<input type="checkbox"/> Blodsmitta	Insjuknande datum:	<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Övrigt

Skriv med svart kulpenna. Markera analys tydligt med X Akutskede Konvalescensskede

<p>MYKOBAKTERIEDIAGNOSTIK (TUBERKULOS + ATYPISKA)</p> <p><input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Direktmikroskopi syrafasta stavar</p> <p><input type="checkbox"/> BAL-vätska <input type="checkbox"/> Odling/direktmikroskopi syrafasta stavar</p> <p><input type="checkbox"/> Bronksektret</p> <p><input type="checkbox"/> Likvor <input type="checkbox"/> Odling mykobakterier</p> <p><input type="checkbox"/> Pleuravätska <input type="checkbox"/> Odling/PCR Tuberkulos komplexet (Mycobacterium tuberculosis/bovis/africanum)</p> <p><input type="checkbox"/> Urin (minst 100 ml)</p> <p><input type="checkbox"/> Körtel</p> <p><input type="checkbox"/> Vävnadsbit från:</p> <p><input type="checkbox"/> Övrigt:</p> <p>ÖVRIG UNDERSÖKNING</p> <p><input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Legionella antigen</p> <p><input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Pneumokock antigen</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>SEROLOGISK ANALYS</p> <p><input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Borrelia, IgG/IgM antikroppar i serum</p> <p><input type="checkbox"/> Cerebrospinalvätska (likvor) <input type="checkbox"/> Borrelia-antikroppar i likvor* *OBS: samtidigt taget serumprov krävs</p> <p><input type="checkbox"/> Brucella-antikroppar</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter-antikroppar</p> <p><input type="checkbox"/> Pertussis-antikroppar Vaccinerad datum</p> <p><input type="checkbox"/> Salmonella O-4, O-9 antikroppar</p> <p><input type="checkbox"/> Stafylokocker alfatoxin/teikonsyra</p> <p><input type="checkbox"/> Streptokocker ASO/ADNas</p> <p><input type="checkbox"/> Syfilis - screening (MVC, IVF)</p> <p><input type="checkbox"/> Syfilis - omfattande undersökning</p> <p><input type="checkbox"/> Tularemi-antikroppar</p> <p><input type="checkbox"/> Yersinia typ 3-antikroppar</p> <p><input type="checkbox"/> Övrigt:</p> <p>.....</p>	<p>AUTOKLAVKONTROLLER</p> <p><input type="checkbox"/> Ångautoklav</p> <p><input type="checkbox"/> Formalinutoklav</p> <p><input type="checkbox"/> Plasmasterilisator</p> <p><input type="checkbox"/> Övrigt</p> <p><input type="checkbox"/> Restmängdsbestämning av formalin (kontakta hygienlab)</p> <p>OMGIVNINGSUUNDERSÖKNING (kontakta hygienlab)</p> <p><input type="checkbox"/> Legionella-odling från vattenprov</p> <p><input type="checkbox"/> Omgivningsprov</p> <p><input type="checkbox"/> Endotoxinbestämning i vatten</p> <p>STERILKONTROLL (kontakta hygienlab)</p> <p><input type="checkbox"/> Dialysvatten</p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	--	--

Biobankslagen omfattar endast serologiska analyser
 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 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.