

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Patologi och cytologi Dalarna<br>Falu lasarett, 791 82 Falun<br>Tel cyt.lab 023-49 27 97, sekr. 023-49 25 42                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 | Pers.nr<br><br>Namn<br><br>Adress<br><br>Tel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| Provtyp<br><input type="checkbox"/> <b>KALLAD</b> till gynekologisk cellprovskontroll<br><input type="checkbox"/> Indicerad cervixcytologi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| Från (fullständig adress, klinik, avdelning, mottagning)<br><br>Tel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 | Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt. vårdnadshavare/närstående) har fått information om att provet och tillhörande personuppgifter kommer att sparas. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till detta.<br><br><input type="checkbox"/> <b>Nej</b> , patienten <b>samtycker inte</b> till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas<br><br><input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället <b>oförmögen</b> att lämna samtycke |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| Svar till                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                 | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f0f0f0;"> <input type="checkbox"/> <b>Om snabb diagnos önskas, kryssa i rutan!</b> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| Kopia till                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 | Provtagningsdatum<br><br>Rem. läkare/barnmorska <span style="float: right;">Sign</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| Anamnes, status<br><br><br>Senaste mens ÅÅ, MM, DD.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gravid (G)</td> <td><input type="checkbox"/> Hormonbehandling (HB)</td> <td><input type="checkbox"/> Total hysterektomi (HY)</td> <td rowspan="6">           Kolposkopibild<br/> <input type="checkbox"/> Benign<br/> <input type="checkbox"/> Kondylombild<br/> <input type="checkbox"/> Atypisk bild<br/> <input type="checkbox"/> Ofullständig bild         </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Post partum (P)</td> <td><input type="checkbox"/> Onormal blödning (OB)</td> <td><input type="checkbox"/> Supravaginal hysterekt. (SV)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Post menopausin (PS)</td> <td><input type="checkbox"/> Fluor (F)</td> <td><input type="checkbox"/> Kryobehandling (KR)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> P-piller (PP)</td> <td><input type="checkbox"/> Kondylom (HPV)</td> <td><input type="checkbox"/> Laserbehandling (LA)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spiral (S)</td> <td><input type="checkbox"/> Strålbeh. (SB) År.....</td> <td><input type="checkbox"/> Konisation (KO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hormonspiral</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Gravid (G) | <input type="checkbox"/> Hormonbehandling (HB) | <input type="checkbox"/> Total hysterektomi (HY) | Kolposkopibild<br><input type="checkbox"/> Benign<br><input type="checkbox"/> Kondylombild<br><input type="checkbox"/> Atypisk bild<br><input type="checkbox"/> Ofullständig bild | <input type="checkbox"/> Post partum (P) | <input type="checkbox"/> Onormal blödning (OB) | <input type="checkbox"/> Supravaginal hysterekt. (SV) | <input type="checkbox"/> Post menopausin (PS) | <input type="checkbox"/> Fluor (F) | <input type="checkbox"/> Kryobehandling (KR) | <input type="checkbox"/> P-piller (PP) | <input type="checkbox"/> Kondylom (HPV) | <input type="checkbox"/> Laserbehandling (LA) | <input type="checkbox"/> Spiral (S) | <input type="checkbox"/> Strålbeh. (SB) År..... | <input type="checkbox"/> Konisation (KO) | <input type="checkbox"/> Hormonspiral |  |  |
| <input type="checkbox"/> Gravid (G)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Hormonbehandling (HB)  | <input type="checkbox"/> Total hysterektomi (HY)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Kolposkopibild<br><input type="checkbox"/> Benign<br><input type="checkbox"/> Kondylombild<br><input type="checkbox"/> Atypisk bild<br><input type="checkbox"/> Ofullständig bild |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Post partum (P)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Onormal blödning (OB)  | <input type="checkbox"/> Supravaginal hysterekt. (SV)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Post menopausin (PS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Fluor (F)              | <input type="checkbox"/> Kryobehandling (KR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> P-piller (PP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Kondylom (HPV)         | <input type="checkbox"/> Laserbehandling (LA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Spiral (S)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Strålbeh. (SB) År..... | <input type="checkbox"/> Konisation (KO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Hormonspiral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |
| Laboratorieanteckningar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                |                                                  |                                                                                                                                                                                   |                                          |                                                |                                                       |                                               |                                    |                                              |                                        |                                         |                                               |                                     |                                                 |                                          |                                       |  |  |