

<b>Beställare / Svaremottagare</b>  Streckkodsetikett	Svaremottagare (om annan än beställare) Namn och adress	<b>Patientidentitet (personnummer och namn)</b>  Streckkodsetikett
Debiteras (om annan än beställare)		<b>RID/LID</b>
<b>Provtagningsenhet / Sign</b>	<b>Datum</b>	<b>Klockslag</b>
Anledning till provtagning: <input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Smittspårning <input type="checkbox"/> Screening		Remitterande läkare  <input type="checkbox"/> Sluten vård <input type="checkbox"/> Öppen vård
<b>Kliniska upplysningar, frågeställning:</b>		
<b>Urin</b> Nitrit      Symptom      Blåsink.tid <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Nej                      tim	<input type="checkbox"/> Immunsupprimerad <input type="checkbox"/> Utlandsvistelse  <input type="checkbox"/> Gravid                      Land	Antibiotikabehandling: <input type="checkbox"/> Preparat 1 <input type="checkbox"/> Preparat 2 <input type="checkbox"/> Preparat 3
<b>PROVTYP</b>		<b>ANALYS</b>
<b>Sterila lokaler</b> <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Cerebrospinalvätska <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> Pleura exudat <input type="checkbox"/> Vävnad/benbit <input type="checkbox"/> Ledpunktat Ange var: _____	<b>Urin</b> <input type="checkbox"/> Urin mittstråle <input type="checkbox"/> Urin KAD <input type="checkbox"/> Urin blåspunktion <input type="checkbox"/> Urin engångskateter <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Allmän odling <input type="checkbox"/> Betahemolyserande streptokocker <input type="checkbox"/> Jästsvamp <input type="checkbox"/> Mikroskopi  <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE  <input type="checkbox"/> Klamydia - Gonorré <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium  <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Pneumokockantigen <input type="checkbox"/> Legionellaantigen
<b>Hud /Mjukdelar /Skelett</b> <input type="checkbox"/> Sår, ange var: _____ <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> _____	<b>Genitala prov /STI</b> <input type="checkbox"/> Urin 1:a portion <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Vaginal/urin (ej för klamydia-gonorré) <input type="checkbox"/> Annat _____	<input type="checkbox"/> Allmän odling feces      (Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter) <input type="checkbox"/> Enligt livsmedelslagen eller smittkontroll (Salmonella, Shigella) <input type="checkbox"/> Clostridioides difficile
<b>Luftvägar</b> <input type="checkbox"/> Bronskölvätska <input type="checkbox"/> Bronkial-/trakealsekret <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Borstprov <input type="checkbox"/> Bihålesekret <input type="checkbox"/> Nasopharynx <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Näsa <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> _____	<b>Feces</b> <input type="checkbox"/> Feces  <b>Övrigt</b> <input type="checkbox"/> CVK-spets, -kateter <input type="checkbox"/> Öga <input type="checkbox"/> Öra <input type="checkbox"/> Perineum  <input type="checkbox"/> Endast flaskor	<input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/> _____