

Avdelningen för klinisk patologi och cytologi
Falun lasarett, 791 82 Falun
Tel. cyt.lab 023-49 11 97, sekr / provsvar 023-49 25 42

Pers.nr _____
Namn _____
Adress _____
Tfn _____

Provtyp

KALLAD till
gynekologisk
cellprovskontroll

Indicerad
cervix-
cytologi

Från (fullst. adress, klinik, avd, mottagn.) _____
Tel. _____

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 behandling och därmed förenlig verksamhet.

Svar till _____

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.

Rem läkare/barnmorska _____ Sign _____

Kopia till _____

Om snabb diagnos önskas kryssa i rutan

Provtagningsdatum _____

Anamnes, status _____
Senaste mens åå, mm, dd.....

<input type="checkbox"/> Gravid (G)	<input type="checkbox"/> Hormonbehandling (HB)	<input type="checkbox"/> Total hysterektomi (HY)	Kolposkopibild <input type="checkbox"/> Benign <input type="checkbox"/> Kondylombild <input type="checkbox"/> Atypisk bild <input type="checkbox"/> Ofullst. bild
<input type="checkbox"/> Post partum (P)	<input type="checkbox"/> Onormal blödning (OB)	<input type="checkbox"/> Supravaginal Hysterektomi (SV)	
<input type="checkbox"/> Post menopausin (PM)	<input type="checkbox"/> Fluor (F)	<input type="checkbox"/> Kryobeh. (KR)	
<input type="checkbox"/> P-Piller (PP)	<input type="checkbox"/> Kondylom (HPV)	<input type="checkbox"/> Laserbeh. (LA)	
<input type="checkbox"/> Spiral (S)	<input type="checkbox"/> Strålbeh. (SB) år.....	<input type="checkbox"/> Konisation (KO)	
<input type="checkbox"/> Hormonspiral			

Laboratorieanteckningar

Cytodiagnostiker _____ Läkare _____
