

**Remiss ODLING / PCR**

<b>Beställare / Svaremmottagare</b>		<b>Svaremmottagare (om annan än beställare) Namn och adress</b>		<b>Patientidentitet (personnummer och namn)</b>	
Strekkodsetikett				Strekkodsetikett	
<b>Debiteras (om annan än beställare)</b>				<b>RID/LID</b>	
<b>Provtagningsenhet / Sign:</b>		<b>Datum:</b>	<b>Klockslag:</b>	<b>Remitterande läkare:</b>	
<b>Anledning till provtagning:</b>			<input type="checkbox"/> Sluten vård <input type="checkbox"/> Öppen vård		
<input type="checkbox"/> Sjukdom <input type="checkbox"/> Smittspårning <input type="checkbox"/> Screening					
<b>Kliniska upplysningar, frågeställning:</b>					
<b>Urin</b>				<b>Antibiotikabehandling, planerad/pågående:</b>	
Nitrit	Symptom	Blåsink.tid	<input type="checkbox"/> Immunsupprimerad	<input type="checkbox"/> Utlandsvistelse	
<input type="checkbox"/> Pos	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Gravid	Land: _____	
<input type="checkbox"/> Neg	<input type="checkbox"/> Nej	tim			
<b>PROVTYP</b>			<b>ANALYS</b>		
<b>Sterila lokaler</b>		<b>Urin</b>			
<input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Cerebrospinalvätska <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> Pleuravätska <input type="checkbox"/> Vävnad/benbit <input type="checkbox"/> Ledpunktat Ange var: _____		<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	
<b>Hud /Mjukdelar/Skelett</b>		<b>Genitala prov /STI</b>			
<input type="checkbox"/> Sår, ange var: _____ <input type="checkbox"/> Ytligt <input type="checkbox"/> Djupt <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> _____		<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"/> Klamydia - Gonorré <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Influensa/RSV <input type="checkbox"/> Corona (SARS-CoV-2)	
<b>Luftvägar</b>		<b>Feces</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"/> _____		<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"/> Pneumokockantigen i urin <input type="checkbox"/> Legionellaantigen i urin  <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>Övrigt</b>		
			<input type="checkbox"/> _____		