

Remiss till Klinisk patologi, Laboratoriemedicin Västmanland.

Remittent/Svarsmottagare (ange även HSA-id):		Patientidentitet:	
Debitering (om annan än svarsmottagare)	Kopia till:		LID-nr (ifylls av laboratoriet):
Provtagningsdatum: ååmmdd	Provtagare:		
<b>Önskad analys:</b> <input type="checkbox"/> Cytologisk analys och triage för HPV vid ACUS/LSIL cyt <input type="checkbox"/> Cytologisk analys och HPV-analys <input type="checkbox"/> Cytologisk analys <input type="checkbox"/> HPV-analys med cytologisk analys om positiv för HPV <input type="checkbox"/> HPV-analys			
Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt. vårdnadshavare) har fått information om att provet och tillhörande personuppgifter kan komma att sparas. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till att provet får sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> , provgivaren samtycker <b>inte</b> till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. En ”nej-talong” har skickats in. <input type="checkbox"/> Provgivaren är vid provtillfället oförmögen att fatta samtyckesbeslut.			
<b>Indikation för provtagning:</b> <b>Obs! Ange endast ett värde!</b> <input type="checkbox"/> Symtom <input type="checkbox"/> Kontroll/Uppföljning <input type="checkbox"/> Uppföljning av obedömbart prov <input type="checkbox"/> Preoperativ cervixdiagnostik <input type="checkbox"/> Uppföljning av dysplasi < 2 år efter behandling <input type="checkbox"/> Uppföljning av dysplasi ≥ 2 år efter behandling <input type="checkbox"/> Uppföljning av behandlad invasiv cancer			
<b>Topografi:</b> <input type="checkbox"/> Standardprov (fullständigt prov) <input type="checkbox"/> Endocervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Annan- anges nedan i rutan för kommentarer			
<b>Anamnes:</b> <input type="checkbox"/> Senaste mens (mmd): <input type="checkbox"/> Gravid vecka: <input type="checkbox"/> Partus (ååååmmdd): <input type="checkbox"/> Blödningsrubbnig: <input type="checkbox"/> kontaktblödning <input type="checkbox"/> mellanblödning <input type="checkbox"/> postmenopausal blödning <input type="checkbox"/> Menopaus <input type="checkbox"/> Hormonbehandling: <input type="checkbox"/> Klimakteriebehandling <input type="checkbox"/> Antikonception <input type="checkbox"/> Tidigare strålbehandlad: <input type="checkbox"/> Pågående cytostatikabehandling <input type="checkbox"/> Total hysterektomi			
<b>Status:</b> <input type="checkbox"/> Cervixpolyp <input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/> Blödning <input type="checkbox"/> Cervixstenos <input type="checkbox"/> Prolaps <input type="checkbox"/> Cervix/Avvikande flytning <input type="checkbox"/> Atrofi <input type="checkbox"/> Annat			
<b>Koloskopi</b> <input type="checkbox"/> Ej utförd <input type="checkbox"/> Px taget vid undersökning <input type="checkbox"/> Höggradig atypisk <input type="checkbox"/> Swedescore (0-10): <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Låggradig atypisk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Typ av TZ, 1-3:			
<b>Kommentar:</b>  			
<b>Cytologisk bedömning</b> <input type="checkbox"/> Benigt cellfynd <input type="checkbox"/> Endocervikala celler saknas <input type="checkbox"/> Obedömbart prov <input type="checkbox"/> Annat:			
<b>Datum:</b>		<b>Cytodiagnostiker:</b>	