



REKVIRENT:		PASIENT:				
Rekv.kode:		Fødselsnr.:	(11 siffer)			
Navn:		Pasient-id:				
Postnr.:	Sted:	Navn:				
Navn på evt. legesenter:		Postnr.:	Sted:			
Sign./dato:	tlf.:	Kvinne <input type="checkbox"/>	Mann <input type="checkbox"/>			
Kopi av svar til:		Poliklinisk <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Kryss her hvis det IKKE ønskes utført supplerende undersøkelser som laboratoriet finner indisert.		Hvis innlagt ved sykehus:				
		Avd.:	ROM: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

KLINISKE OPPLYSNINGER: (VIKTIG!)	PRØVE TATT:
Mistenkt diagnose / indikasjon for prøvetaking / symptomer / følgesykdommer / reiser / etc.	Dato: _____ KI: _____
	Prøvetakers navn: _____
	Fra operasjonssår: <input type="checkbox"/> Mistenkt nosokomial infeksjon: <input type="checkbox"/>
	Kjent blodsmitte: <input type="checkbox"/> Gravid: <input type="checkbox"/>
	Er dette? 1. Prøve: <input type="checkbox"/> Kontrollprøve: <input type="checkbox"/>
	Antibiotikabehandling / Middel / dose: _____
Tidspunkt for sykdomsdebut / eksponering: _____	Startet: _____ Seponert: _____

ØNSKET UNDERSØKELSER:			
<input type="checkbox"/> Aerob dyrkn.	<input type="checkbox"/> Patogene tarmbakterier	<input type="checkbox"/> Gardnerella	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Anaerob dyrkn.	<input type="checkbox"/> Clostrid.diff. toxin A	<input type="checkbox"/> Sopp	<input type="checkbox"/> HBsAg (aktuell inf./bærer)
<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Rota/Adeno	<input type="checkbox"/> Chlamydia	<input type="checkbox"/> anti-HBcore (tidligere infeksjon)
<input type="checkbox"/> Mikroskopi (gramfarging)	<input type="checkbox"/> RS-virus		<input type="checkbox"/> Hepatitt C
<input type="checkbox"/> Gjærsopp	Annet:		<input type="checkbox"/> Syfilis
<input type="checkbox"/> Dermatofytter			<input type="checkbox"/> Rubella

PRØVEMATERIALE: (EN REKVISISJON FOR HVERT PRØVEMATERIALE)				
<input type="checkbox"/> Urin*	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Ekspectorat	<input type="checkbox"/> Vaginalsekret	<input type="checkbox"/> Blodkultur
<input type="checkbox"/> Sårsekret*	<input type="checkbox"/> Nese	<input type="checkbox"/> Bronchialskylllevæske	<input type="checkbox"/> Cervixsekret	<input type="checkbox"/> Blod/serum
<input type="checkbox"/> Puss*	<input type="checkbox"/> Nasopharynx	<input type="checkbox"/> Trachealspirat	<input type="checkbox"/> Urethrasekret	<input type="checkbox"/> Spinalvæske
<input type="checkbox"/> Abscess*	<input type="checkbox"/> Øre	<input type="checkbox"/> Pleuravæske		
<input type="checkbox"/> Fæces	<input type="checkbox"/> Øye	<input type="checkbox"/> Leddvæske	<input type="checkbox"/> Annet:	
* Lokalisasjon/type:				

Umerkede prøver blir avvist.

Fullstendig oversikt over prøvetakingsutstyr, prøvetakingsmetode, analysetilbud, metodereferanse finner du på vår hjemmeside.