

Remitterande inrättning		Namn, personnummer (12 siffror)	
Kopia till:			
Provtagningsdatum	Remitterande läkare	Nummerlapp mikrobiologen	Nummerlapp insändare
<input type="checkbox"/> Särskild debiteringsadress anges på baksidan	Telefonnummer		
Kliniska data (anamnes, frågeställning)		<p>Ifylles vid urinprovtagning</p> <p>Symtom från urinvägar</p> <p><input type="checkbox"/> Inga symtom <input type="checkbox"/> Recidiverande infektion <input type="checkbox"/> Kontroll efter behandling</p> <p>Nitrit <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ</p> <p>Blåsinkubation <input type="checkbox"/> < 4 tim <input type="checkbox"/> ≥ 4 tim</p> <p>Provtagning <input type="checkbox"/> Kastad urin <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Påsprov <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Engångskateter <input type="checkbox"/> Cystoskopi <input type="checkbox"/></p>	
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Avslutad <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Planerad		
<input type="checkbox"/> Postop <input type="checkbox"/> Gravid			
PROVTYP	ÖNSKAD UNDERSÖKNING	ÖVRIGT	
<input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bihåla <input type="checkbox"/> Blod <input type="checkbox"/> Blåsa <input type="checkbox"/> Bronkborste <input type="checkbox"/> CAPD-vätska <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Faeces <input type="checkbox"/> Hudskrap <input type="checkbox"/> Kateterspets <input type="checkbox"/> Ledvätska <input type="checkbox"/> Likvor <input type="checkbox"/> Munhåla <input type="checkbox"/> Nagelskrap <input type="checkbox"/> Nasofarynx <input type="checkbox"/> Nasofarynxaspirat <input type="checkbox"/> Nässeekret <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Punktat <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Svalg <input type="checkbox"/> Sår <input type="checkbox"/> Trakealsekret <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Vaginalsekret <input type="checkbox"/> Vatten <input type="checkbox"/> Vävnadsbit <input type="checkbox"/> Ögon <input type="checkbox"/> Öron	<p>ODLING</p> <input type="checkbox"/> Gonokocker <input type="checkbox"/> MRGN(Multi Resistent Gram Negativa stavar) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Odling <input type="checkbox"/> Svamp <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> VRE/MRGN <input type="checkbox"/> <p>DNA-/RNA-PÅVISNING</p> <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis/parapertussis <input type="checkbox"/> Calicivirus (Norovirus) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis/Gonokocker <input type="checkbox"/> Chlamydomydia/Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Coronavirus SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Dientamoeba fragilis <input type="checkbox"/> Faeces, hälsokontroll <input type="checkbox"/> Faeces, inhemsk smitta <input type="checkbox"/> Faeces, utländsk smitta <input type="checkbox"/> Fusobacterium necrophorum <input type="checkbox"/> Gastrovirus <input type="checkbox"/> HCV-RNA <input type="checkbox"/> Herpes simplex/Varicella zoster virus <input type="checkbox"/> HPV (Humant papillomavirus) <input type="checkbox"/> Influenza A + B och RS-virus <input type="checkbox"/> Legionella <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Nagelsvamp <input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii <input type="checkbox"/> Ureaplasma	<input type="checkbox"/> Direktmikroskopi (likvor) <input type="checkbox"/> Endotoxin <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori antigen (faeces) <input type="checkbox"/> Legionellaantigen (urin) <input type="checkbox"/> Mikroskopi maskägg <input type="checkbox"/> Pneumokockantigen (urin) <p>SEROLOGI</p> <input type="checkbox"/> Stickskada (HBsAg, anti-HCV och anti-HIV) <input checked="" type="checkbox"/> Borrelia <input type="checkbox"/> EBV/CMV <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Hepatit A (anti-HAV) <input type="checkbox"/> Hepatit B (HbsAg) <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HBs (vaccination) <input type="checkbox"/> Hepatit C (anti-HCV) <input type="checkbox"/> Hepatit E <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HTLV (anti-HTLV) <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input checked="" type="checkbox"/> Rubella-immunitet <input type="checkbox"/> Syfillis <input type="checkbox"/> Quantiferon (IGRA) <p>IMMUNOLOGI</p> <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> AMA/SMA <input type="checkbox"/> ANCA (anti-MPO + anti-PR3) <input type="checkbox"/> ANCA + GBM <input type="checkbox"/> Anti-CCP <input type="checkbox"/> RA-test <input type="checkbox"/> Transglutaminas IgA	
<p style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">Biobankslagen gäller blåmärkta prover, var god se baksidan</p>			

Särskild debiteringsadress

Provtagningsanvisningar

Var god se vår hemsida på intranätet eller på www.regionhalland.se/analys

Fyll i remissen rätt

Lathund finns på mikrobiologens hemsida på intranätet eller www.regionhalland.se/analys

Gäller enbart blodprover för serologi/immunologi

Inskickandet av remissen bekräftar att patienten (alt vårdnadshavaren/närstående) har fått information om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.

Nej, patienten samtycker **inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong skickas till Regionalt Biobanksregister.

Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke.

.....provordinerande personals signatur

S = Sensitiv, känslig **I = Kräver ökad antibiotikaexponering** **R = Resistent**

	Antibiotika	Bakteriestam 1	Bakteriestam 2	
1	Amoxicillin/Klavulansyra			
2	Ampicillin			
3	Cefadroxil			
4	Cefotaxim			
5	Ceftazidim			
6	Ceftibuten			
7	Cefuroxim			
8	Ciprofloxacin			
9	Erytromycin			
10	Flukloxacillin			
11	Fusidinsyra			
12	Gentamicin			
13	Imipenem			
14	Kinolon			
15	Klindamycin			
16	Linezolid			
17	Mecillinam			
18	Meropenem			
19	Metronidazol			
20	Nitrofurantoin			
21	PcG			
22	PcV			
23	Piperacillin/Tazobactam			
24	Rifampicin			
25	Tetracyklin			
26	Tobramycin			
27	Trimetoprim			
28	Trim-sulfa			
29	Vancomycin			