

REMISS, Gynekologisk cytologi

Avsändare: Kundid/kombikod <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Kundnamn:											Patientid/Fullst personnr, namn Aleris Medilabs provnr.
Betalas av försäkringsbolag:											

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavande/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. Nejtalong bifogas.
- Patienten är vid tillfället oförmögen att lämna samtycke.

Provtyp: <input type="checkbox"/> Vätskebaserat <input type="checkbox"/> Konventionellt	Analystyp: <input type="checkbox"/> HPV-analys önskas (HR/LR) <input type="checkbox"/> vid atypi/dysplasi <input type="checkbox"/> oavsett provresultat	<input type="checkbox"/> Endast HPV-analys
---	--	--

Provtagningsställe:

vagina, portio, cervix
 vagina
 portio
 cervix
 vulva
 annat _____

Anamnes och frågeställning <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> Hormonbehandling <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/> Senaste mens _____ <input type="checkbox"/> Menopaus _____	Indikation för provtagning / status <input type="checkbox"/> Tidigare atypi År (månad) _____ <input type="checkbox"/> Symtom _____ <input type="checkbox"/> Övriga uppgifter _____
---	---

Provtagningsdatum	Rem läkare	Snabbsvar önskas <input type="checkbox"/> _____
-------------------	------------	---

CYTOLOGISK BEDÖMNING

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BENIGNT CELLFYND (M00110) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endocervikala celler saknas (M09019) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 33 Otilkräkligt material (09000) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 34 Ej bedömbart material (M09010) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30 Rikligt inflam. celler (M40400) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 31 Sparsamt material (M09100) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 32 Rikligt med blod (M37000) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 26 Svamp (E4000) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27 Trichomonas (E4432) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 46 Herpes (D0403)	Skivepitel: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skivepitelatypi av oklar betydelse (M69710) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tecken på HPV-infektion (M76700) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lätt dysplasi/CIN1 (M74006) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Måttlig dysplasi/CIN2 (M74007) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stark dysplasi/CIN3/CIS (M80702) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Misst. skivepitelcancer (M80701) Körtelepitel: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Körtelepitelcancer (M69720) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Misst. adenocarcinom (M81401) Osäker celltyp: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oklar atypi (M69700) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Misst. malignitet UNS (M80101)	
Kommentarer: _____ _____		
Cytodiagnostiker: _____	Cytodiagnostiker: _____	Läkare: _____

M0030 2019-03-22



Aleris



Avdelning Patologi / Cytologi
 Postadress: Box 1550, 183 15 TÄBY
 Besöksadress: Nytorpsvägen 30, Näsby Park, TÄBY
 Organisationsnr. 559179-2881

Telefon 08-123 192 00
 Telefax 08-123 192 10
 www.aleris.se/medilab