VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

REMISS ALLMÄN CYTOLOGI

Remitterande instans **– ev. streckkodsetikett** Ansvarsnummer ……..	Patient id **– ev. streckkodsetikett**
Provtagningsdatum	Remitterande läkare

Anamnes, status, klinisk diagnos, frågeställning

☐ SVF ☐ Prioriterat fall

Plats för etikett

ALLMÄN CYTOLOGI

☐ **Snabbsvar, tfn ……../Fax ……...**

Kopia till ……..

Provet är

☐ Lufttorkat ☐ Ofixerat
☐ Fixerat i …….. ☐ Heparin tillsatt

Tidigare CYT-undersökning

☐ Borås ☐ Annan ort……
När ……

Provet utgörs av

☐ Borstprov ☐ Blåssköljvätska ☐ BAL
☐ Bronchialsekret ☐ Urin ☐ Bukssköljvätska
☐ Sputum I II III ☐ Liquor ☐ Punktat från
☐ Pleuravätska ☐ Ascites ☐ Annat

Stål-hormon-kemoterapi

☐ Nej ☐ Ja
År ……...

Insänt material

☐ Glas, antal ……....
☐ Vätska

UTLÅTANDE

Lab.anteckningar	**Inkommet material** ☐ Glas. Antal …… ☐ Vätska Mängd …… Färg…….....	Totalt antal glas ……...	Screen 1 ……... Screen 2 ……...

Klinisk Patologi
Patologilaboratorier Borås
Södra Älvsborgs Sjukhus
501 82 Borås

Tfn lab. 033- 616 2378

Fax: 033-616 2598