REMISS CYTOLOGI - BRÖST

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

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

Anamnes, status, klinisk diagnos, frågeställning

☐ SVF ☐ Prioriterat fall

…….	…….	…….
Bröst	Bröst	Bröst .....
Kl. ……	Kl. ……	Kl. ……
Cfm ……..	Cfm ……..	Cfm ……..
Djup ……	Djup ……	Djup ……
Palpabel ……	Palpabel ……	Palpabel ……
Diam (mm) ……	Diam (mm) ……	Diam (mm) ……
R-kod ……	R-kod ……	R-kod ……
U-kod ……	U-kod ……	U-kod ……
C-kod ……	C-kod ……	C-kod ……
U-punkt x ……	U-punkt x ……	U-punkt x ……

Screen / Klin
Svar via : onk / inrem / mammo
VM-pat: Tfn.svar / Åb



Plats för etikett

SKRIV INTE I DETTA FÄLT

☐ **Snabbsvar, tfn ……../Fax ……..**

Kopia till ……..

Provet är

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

Tidigare CYT-undersökning

☐ Borås ☐ Annan ort……
När ……..

Provet utgörs av

☐ Borstprov ☐ Blåssköljv ätska ☐ BAL
☐ Bronchialsekret ☐ Urin ☐ Buksköljvätska
☐ Sputum I II III ☐ Liquor ☐ Punktat från
☐ Pleuravätska ☐ Ascites ☐ Annat

Stråle-hormon-kemoterapi

☐ Nej ☐ Ja
År ……..

Insänt material

☐ Glas, antal ……..
☐ Vätska

UTLÅTANDE

Lab.anteckningar

Inkommet material

Glas. Antal …… Totalt antal glas …….. Screen 1 ……
Vätska
Mängd …… Screen 2 ……
Färg

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SÖDRA ÄLVSBORGS SJUKHUS

Laboratoriet för klinisk patologi och cytologi
Södra Älvsborgs Sjukhus – SÄS, 501 82 Borås
Tfn sekr. 033-616 1894, lab. 033- 616 2378. Fax 033-616 2598

ALLMÄN CYTOLOGI