


 Divisjon Medisinsk service
 Avdeling for patologi Lillehammer
 Anders Sandvigs gate 17
 2609 Lillehammer
 Tlf: 61 05 02 00, Fax: 61 27 20 42

Rekvirent	
Rekv. lege	HPR-nummer
Enhet/Legekantor	
Adresse	Telefon
Postnr. Poststed	HER-id Legekantor

Pasient	
Fødselsnr. (11 siffer)	Kjønn
Etternavn - fornavn	Innlagt
Adresse	<input type="checkbox"/> Ja
Postnr. Poststed	<input type="checkbox"/> Nei

Kopi av svar sendes til
Navn / HPR-nr.
Avd./legekantor/HER-id
Adresse
Postnr./-sted

Prøvetakingstidspunkt	
Dato	Kl.
: _____	

<input type="checkbox"/> CITO
<input type="checkbox"/> Pakkeforløp
<input type="checkbox"/> Mammascr.
TELEFON

Kliniske opplysninger

<input type="checkbox"/> Tidl. relevant hist/cyt. (sted/nr/år/diagnose) _____
<input type="checkbox"/> Tidligere relevant cytostatika- <input type="checkbox"/> og/ eller strålebehandling år/mnd: <input type="text"/>

ANNET CYTOLOGISK MATERIALE		
Lunge: <input type="checkbox"/> Bronkial børsteprøve <input type="checkbox"/> Bronkialskylløvæske <input type="checkbox"/> Ekspektorat <input type="checkbox"/> Prøve 1 <input type="checkbox"/> Prøve 2 <input type="checkbox"/> Prøve 3 <input type="checkbox"/> Pleuravæske <input type="checkbox"/> Høyre <input type="checkbox"/> Venstre _____ stk. fikserte utstryk _____ stk. ufikserte utstryk	Urin: <input type="checkbox"/> Urin (spontan) <input type="checkbox"/> Prøve 1 <input type="checkbox"/> Prøve 2 <input type="checkbox"/> Prøve 3 <input type="checkbox"/> Urin ved cytoscopi <input type="checkbox"/> Spinalvæske <input type="checkbox"/> Annet materiale: _____	Annet: <input type="checkbox"/> Perikardvæske <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Bukskylløvæske <input type="checkbox"/> Cystevæske <input type="checkbox"/> Finnålsaspirasjon <input type="checkbox"/> CT-/UL-veiledet FNA <input type="checkbox"/> EUS <input type="checkbox"/> EBUS

Tilstede ved prøvetaking:	Prøvetaker:
<input type="checkbox"/> Bioingeniør	_____
<input type="checkbox"/> Patolog	_____