



Helse Nord-Trøndelag HF
 Avdeling for Laboratoriemedisin
 Sykehuset Levanger
 Tlf. 74 09 83 28



Rekvisisjon for Medisinsk Mikrobiologi

REKVIRENT:		PASIENT:	
Rekv.kode: *		Fødselsnr.: *	(11 siffer)
Navn: *		Pasient-id:	
Postnr.:	Sted:	Navn: *	
Navn på evt. legesenter: *		Postnr.:	Sted:
Sign./dato: *	tlf.:	Kvinne <input type="checkbox"/>	Mann <input type="checkbox"/>
Kopi av svar til:		Poliklinisk <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kryss her hvis det IKKE ønskes utført supplerende undersøkelser som laboratoriet finner indisert.		Hvis innlagt ved sykehus:	ROM: <input type="text"/>
		Avd.:	<input type="text"/>

KLINISKE OPPLYSNINGER: (VIKTIG!)	PRØVE TATT:
Mistenkt diagnose / indikasjon for prøvetaking / symptomer / følgesykdommer / reiser / etc. <i>MRSA-screening før undersøkelse/innleggelse.</i>	Dato: *
<i>Prøver tatt fra:</i>	KI:
<i>1. Nese</i>	Prøvetakers navn: *
<i>2. Hals</i>	Fra operasjonssår: <input type="checkbox"/>
<i>3.</i>	Mistenkt nosokomial infeksjon: <input type="checkbox"/>
<i>4.</i>	Kjent blodsmitte: <input type="checkbox"/>
<i>5.</i>	Gravid: <input type="checkbox"/>
<i>6.</i>	Er dette? 1. Prøve: <input type="checkbox"/>
Tidspunkt for sykdomsdebut / eksponering:	Kontrollprøve: <input type="checkbox"/>
	Antibiotikabehandling / Middel / dose:
	Startet: Seponert:

ØNSKET UNDERSØKELSER:			
<input type="checkbox"/> Aerob dyrkn.	<input type="checkbox"/> Patogene tarmbakterier	<input type="checkbox"/> Gardnerella	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Anaerob dyrkn.	<input type="checkbox"/> Clostrid.diff. toxin A	<input type="checkbox"/> Sopp	<input type="checkbox"/> HBsAg (aktuell inf./bærer)
<input checked="" type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Rota/Adeno	<input type="checkbox"/> Chlamydia	<input type="checkbox"/> anti-HBcore (tidligere infeksjon)
<input type="checkbox"/> Mikroskopi (gramfarging)	<input type="checkbox"/> RS-virus		<input type="checkbox"/> Hepatitt C
<input type="checkbox"/> Gjærsopp	Annet:		<input type="checkbox"/> Syfilis
<input type="checkbox"/> Dermatofytter			<input type="checkbox"/> Rubella

PRØVEMATERIALE: (EN REKVISISJON FOR HVERT PRØVEMATERIALE)				
<input type="checkbox"/> Urin*	<input checked="" type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Ekspectorat	<input type="checkbox"/> Vaginalsekret	<input type="checkbox"/> Blodkultur
<input type="checkbox"/> Sårsekret*	<input checked="" type="checkbox"/> Nese	<input type="checkbox"/> Bronchialskyllvæske	<input type="checkbox"/> Cervixsekret	<input type="checkbox"/> Blod/serum
<input type="checkbox"/> Puss*	<input type="checkbox"/> Nasopharynx	<input type="checkbox"/> Trachealspirat	<input type="checkbox"/> Urethrasekret	<input type="checkbox"/> Spinalvæske
<input type="checkbox"/> Abscess*	<input type="checkbox"/> Øre	<input type="checkbox"/> Pleuravæske		
<input type="checkbox"/> Fæces	<input type="checkbox"/> Øye	<input type="checkbox"/> Leddvæske	<input type="checkbox"/> Annet:	
* Lokalisasjon/type:				

S.L. 2057 - 2. rev. 07.05 - Boreling AS

Umerkede prøver blir avvist.

Fullstendig oversikt over prøvetakingsutstyr, prøvetakingsmetode, analysetilbud, metodereferanse finner du på vår hjemmeside.