

Rekvisisjon: Cytologi

 CITO Pakkeforløp

Rekvirent	
Legenavn	HPR-nummer
Enhet/Legekantor	
Adresse	Telefon
Postnr. Poststed	Rekv. enhet

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

Kliniske opplysninger	
Evt. kopi til (fullt navn, HPR-nr., avd.kode/adresse)	Tidl. relevant hist/cyt us. (inst./nr./år/diagnose)
Klinisk diagnose/Funn/Problemstilling	
Cytostaticabehandling? Hvilke <input type="text"/> År <input type="text"/> Mnd. (hvis siste år) <input type="text"/>	Strålebehandling (relevant)? År <input type="text"/> Mnd. (hvis siste år) <input type="text"/>

Gynekologisk materiale	Tidligere gynekologisk behandling	Opplysninger
<input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Endometrium <input type="checkbox"/> T83000 Cervix Cervix konvensjonell prøve <input type="checkbox"/> T83100 Cervix Væskebasert prøve	<input type="checkbox"/> El.Koag./Kryo/Laser <input type="checkbox"/> Konisering/Cervixamputasjon <input type="checkbox"/> Supravaginal uterusamputasjon <input type="checkbox"/> Hysterektomi <input type="checkbox"/> Uni- <input type="checkbox"/> Bilateral oophorectomi <input type="checkbox"/> Annet: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Behandlet når <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Siste menstruasjon Dato <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Er gravid <input type="checkbox"/> Post partum Fødte dato <input type="text"/> <input type="checkbox"/> IUD/Spiral <input type="checkbox"/> P-Pille <input type="checkbox"/> Menopause inntrådt Når <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Descens/Prolaps <input type="checkbox"/> Digitalis/Vagitorier/Hormoner: <input type="text"/>

Annet cytologisk materiale	
<input type="checkbox"/> Bronchialutstryk <input type="checkbox"/> Bronchial skyllevæske <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 <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> Bukskyllevæske <input type="checkbox"/> Urin (spontan) <input type="checkbox"/> Prøve 1 <input type="checkbox"/> Prøve 2 <input type="checkbox"/> Prøve 3	<input type="checkbox"/> Ureter- <input type="checkbox"/> Ileumbløreurin <input type="checkbox"/> Urin via cystoskopi <input type="checkbox"/> Finnålsaspirasjon Fra (organ/side): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Annet materiale <input type="checkbox"/> Cystoskopi Dato <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Urografi Dato <input type="text"/>

Rekv. lege (sign.)	Tlf:	Prøvedato
--------------------	------	-----------

For laboratoriet				
Mottatt: <input type="checkbox"/> fix <input type="checkbox"/> utstryk <input type="checkbox"/> RPMI <input type="checkbox"/> T83000 Cervix Konvensjonell prøve <input type="checkbox"/> T83100 Cervix Væskebasert prøve	Laget: <input type="checkbox"/> utstryk <input type="checkbox"/> væske <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> blakket <input type="checkbox"/> blodig <input type="checkbox"/> cytospin Spesialprep: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> M09010 Ingen diagnose/Uegnet prøve <input type="checkbox"/> M00100 Normal morfologi <input type="checkbox"/> M00110 Normal morfologi, men mangler endocervicale celler <input type="checkbox"/> M00120 Normal morfologi, men forurenset - se beskrivelse	<table border="1"> <tr><td>T</td></tr> <tr><td>M</td></tr> <tr><td>E</td></tr> </table>	T	M	E
T				
M				
E				

Notater	Mottatt lab.: Mottatt arkiv.: Væskeprep.: Utlevert av:
---------	---

<input type="checkbox"/> Ny cytologisk prøve anbefales <input type="checkbox"/> snarest <input type="checkbox"/> etter behandling etter <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 12 mnd. <input type="checkbox"/> Histologisk us. anbefales <input type="checkbox"/> HPV-test anbefales
Screener: Besvart dato: Lege: