



Brukerinstruks:
 Fyll ut og skriv ut skjema. Send skjema med prøven.

REKVIRENT REKV. KODE

Navn
 Sykehus
 Avd.
 Adresse
 Postnr./sted

HPR-nummer:

Evt. kopi til:

PASIENT

Fødselsnr. (11siffer) K M

Etternavn

For- og mellomnavn

Adresse

Postnr./sted

Trygdekontor

PRIORITERT PRØVE

- Ikke inneliggende pasient
- Inneliggende pasient Helse Bergen
- Inneliggende pasient annen institusjon

Hvis annen institusjon, spesifiser:

- Pakkeforløp
- Frysesnitt
- CITO

Tlf.:

KLINISK DIAGNOSE OG PROBLEMSTILLING

Tidl. hist./cyt. us. Ja Nei

Hvis tidl.us, sted og rek.nr:

Antall prøveglass:

Mottatt prøveglass:

- Formalin
- Annet (spesifiser)

Preparat består av:

Preparat er tatt fra (side, region):

Spesielle prøver:

- Oralpatologi
- Nevropatologi
- Nyrepatologi
- Beinmarg
- Lymfom

Klinisk diagnose og problemstilling

Spesielle undersøkelser

- Immunfluorescens
- Elektronmikroskopi
- Flowcytometri
- Annet (spesifiser)

Prøvedato

Rekvirerende lege (BLOKKBOKSTAVER)

Signatur

TIL INTERNT BRUK

REKVIRENDE LEGES DEL

LABORATORIETS DEL