

**Rekvisisjon - Patologisk undersøkelse
uten sending av prøvemateriale**Brukerinstruks: Fyll ut og skriv ut skjema.
Send skjema til oss.

REKVIRERENDE LEGE	PASIENT	
Navn	Fødselsnr.	Kjønn <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne
Sykehus/Institusjon	Fornavn/Etternavn	
Avdeling	Gateadresse	
Gateadresse	Postnr.	Poststed
Postnr.	Poststed	Bostedskommune
Ev. kopi til		

Bestillingen gjelder

<input type="checkbox"/> Etterbestilling (Tilleggsanalyse)
<input type="checkbox"/> Innkalling av preparat
<input type="checkbox"/> Regransking
Prøvenummer
Klinisk info/ Årsak til ønsket bestilling

Analyser (Fylles ut ved etterbestilling/tilleggsanalyse)

Immunhistokjemiske analyser	Annet
<input type="checkbox"/> Ki67	<input type="checkbox"/> Sopp
<input type="checkbox"/> Østrogenreseptor	<input type="checkbox"/> Amyloid
<input type="checkbox"/> Progesteronreseptor	<input type="checkbox"/> Analyse etter avtale
<input type="checkbox"/> Androgenreseptor	Beskriv nærmere
<input type="checkbox"/> Her2	
<input type="checkbox"/> PDL1	
<input type="checkbox"/> EBV (Epstein Barr virus)	
<input type="checkbox"/> CMV (Cytomegalivirus)	
<input type="checkbox"/> MCPyV (Merkelcell polyomavirus)	
<input type="checkbox"/> PVB19 (Parvovirus B19)	

Underskrift
Dato: _____ Rekvirerende lege _____