

**PASIENT**

Fødselsnr. (11siffer)

 K M

Etternavn

For- og mellomnavn

Adresse

Postnr./sted

Trygdekontor

 Ikke inneliggende pasient Inneliggende pasient Helse Bergen Inneliggende pasient annen institusjon

Hvis annen institusjon, spesifiser:

PRIORITERT PRØVE Pakkeforløp **CITO**

Tlf.:

REKVIRENDE LEGES DEL

REKVIRENT

REKV. KODE

Navn

Sykehus

Avd.

Adresse

Postnr./sted

HPR-nummer:

Evt. kopi til:

KLINISK DIAGNOSE OG PROBLEMSTILLING

Klinisk diagnose og problemstilling

Tidl. hist./cyt. us. Ja Nei Hvis tidl.us, sted og rek.nr:

CYTOSTATICABEHANDLING? Hvilke

År

Mnd. (hvis siste år)

STRÅLEBEHANDLING (relevant) År

Mnd. (hvis siste år)

GYNEKOLOGISK MATERIALE Cervix: Konvensjonelt utstryk Cervix: Væskebasert prøve Vagina Vulva Endometrium HPV-test Annet: El.Koag./Kryo/Laser Konisering/Cervixamputasjon Supravaginal uterusamputasjon Hysterektomi Uni- Bilateral oophorectomi Annet: Behandlet

når

 Siste menstruasjon

Dato

 Er gravid Post partum

Fødte dato

 IUD/Spiral P-Pille Menopause inntrådt

Når

 Descens/Prolaps Digitalis/Vagitorier/Hormoner:

Prøvedato

Rekvirerende lege:

Signatur

CYTOLOGISK VURDERING

Mottatt:

utstryk

Laget:

glass

 spesialpreparat:

LABORATORIETS DEL

 Ny cytologisk prøve anbefales snarest etter behandlingetter 1 3 6 12 mnd. Histologisk us. anbefales HPV-test anbefales

Screener:

Besvart dato:

Lege: