



Klinikk medisinsk diagnostikk, Patologiavdeling  
Postboks 2168, 3103 Tønsberg - Tlf +47 33 34 22 40

4881393523

**SVPCBM118**

**Rekvirent** HPR-nr. \_\_\_\_\_

Rekv. lege .....

Enhet/Legekantor .....

Adresse ..... Tlf. ....

Postnr. .... Poststed .....

HER-id  
Legekantor

**Pasient**

Fødselsdato \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_ Kvinne Mann

Etternavn - fornavn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postnr. .... Poststed .....

Innlagt  
Ja Nei

**Kopi av svar sendes til** HPR-nr. \_\_\_\_\_

Legenavn \_\_\_\_\_

Avdeling/Legekantor \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ HER-id \_\_\_\_\_

Postnr./sted \_\_\_\_\_ Legekantor \_\_\_\_\_

Prøvetakingstidspunkt

**CITO**  
**Pakkeforløp**  
TELEFON/CALLING

**Kliniske opplysninger** **Tidl. relevant hist/ cyt us?**  
(inst/nr/år/diagnose)

CYTOSTATICABEHANDLING? Hvilke \_\_\_\_\_ År \_\_\_\_\_ Mnd. (Hvis siste år) \_\_\_\_\_ STRÅLEBEHANDLING (Relevant) År \_\_\_\_\_ Mnd. (Hvis siste år) \_\_\_\_\_

<p><b>GYNEKOLOGISK MATERIALE</b></p> <p>Cervix</p> <p>Vagina</p> <p>Vulva</p> <p>Endometrium</p> <p>HPV-test</p>	<p><b>TIDLIGERE GYNEKOLOGISK BEHANDLING:</b></p> <p>El.Koag./Kryo/Laser</p> <p>Konisering/Cervixamputasjon</p> <p>Supravaginal uterusamputasjon</p> <p>Total Hysterektomi</p> <p>Uni- Bilateral oophorectomi</p> <p>Annet:</p> <p>Behandlet når</p>	<p><b>OPPLYSNINGER:</b></p> <p>Siste menstruasjon Dato</p> <p>Er gravid</p> <p>Post partum Født dato</p> <p>IUD/Spiral</p> <p>P-pille</p> <p>Menopause inntrådt Når</p> <p>Descens/Prolaps</p> <p>Digitalis/Vagitorier/Hormoner:</p>
--	---	--

**ANNET CYTOLOGISK MATERIALE**

Bronchialutstryk

Ekspektorat	Prøve 1	Prøve 2	Prøve 3	Finnålsaspirasjon	Fra (Organ/side):
Pleuravæske	Høyre	Venstre		Annet materiale	
Ascites				Stk. fikserte prøver/glass	Cystoskopi Dato
Urin (spontan)	Prøve 1	Prøve 2	Prøve 3	Stk. ufikserte prøver/glass	Urografi Dato

Rekvirerende lege/underskrift

Mottatt: \_\_\_\_\_ Utstryk: \_\_\_\_\_ Laget: \_\_\_\_\_ glass

