



REKVIRENT:

Rekv.kode:	Avd:
Navn:	
Postnr.:	Sted:
Navn på evt. legesenter:	
Kopi av svar til:	
Sign/dato:	tlf.:

PASIENT:

<input type="checkbox"/> Kvinne	<input type="checkbox"/> Mann
<input type="checkbox"/> Poliklinisk	<input type="checkbox"/> Innlagt i sykehus / annen institusjon
Fødselsnr: (11 siffer)	
Navn:	
Postnr.:	Sted:

KLINISKE OPPLYSNINGER: (VIKTIG!)

Anamnese:
Grunnsykdom:.....
Operasjon:
Reise:

Diagnose / klinikk:
.....
.....
.....

Mistenkt endokarditt Operasjonssår Feber CRP:.....

PRØVE TATT:

Dato/kl: Prøvetaker:

Kjent blodsmitte Mistenkt nosokomial infeksjon:

Gravid:

ANTIBIOTIKABEHANDLING / Middel / dose:

Startet Seponert:

ØNSKET UNDERSØKELSE: Hvis laboratoriet mottar prøve uten relevante kliniske opplysninger og som laboratoriet ikke finner indisert, blir disse ikke utført. Laboratoriet kan også supplere med andre undersøkelser som laboratoriet finner indisert. Kryss her hvis dette IKKE ønskes

DYRKNING	FÆCESDIAGNOSTIKK	PCR SOS	PCR LUFTVEIER
<input type="checkbox"/> Bakteriologisk undersøkelse	<input type="checkbox"/> PCR Diaréframkallende agens (bakterier, virus, parasitter)	<input type="checkbox"/> PCR Chlamydia trachomatis og N. Gonorrhoeae	<input type="checkbox"/> Influenza, SARS-CoV-2, RS-virus (Prøver fra PHT videresendes SOH)
<input type="checkbox"/> Gruppe B-streptokokker	<input type="checkbox"/> PCR Norovirus	<input type="checkbox"/> PCR Mycoplasma genitalium	<input type="checkbox"/> Atypiske luftveisagens M.pneumoniae, C.pneumoniae, Bordetella pertussis (Videresendes SOH)
<input type="checkbox"/> Sopp	<input type="checkbox"/> PCR Clostridioides.difficile	<input type="checkbox"/> Annet:	
<input type="checkbox"/> MRSA-screening	<input type="checkbox"/> Kontrollprøve fæces, angi ønsket agens:		<input type="checkbox"/> Sesongpakke, virus (Videresendes SOH)
<input type="checkbox"/> ESBL/VRE-screening			

PRØVEMATERIALE: Merk prøverør med lokalisasjon dersom flere ulike prøvematerialer

URINPRØVER	SÅR/SEKRET	LUFTVEIER	STERILE MATERIALER	SCREENING
<input type="checkbox"/> Midtstrømsprøve	<input type="checkbox"/> Overflatisk sårsekret *	<input type="checkbox"/> Halssekret	<input type="checkbox"/> Blodkultur	<input type="checkbox"/> MRSA hals
<input type="checkbox"/> Permanent kateter	<input type="checkbox"/> Operasjonssår *	<input type="checkbox"/> Neseseekret	<input type="checkbox"/> Spinalvæske	<input type="checkbox"/> MRSA nese
<input type="checkbox"/> Engangskateter	<input type="checkbox"/> Abscessinnhold *	<input type="checkbox"/> Nasopharynxsekret	<input type="checkbox"/> Leddvæske	<input type="checkbox"/> MRSA perineum
<input type="checkbox"/> Blærepunksjon	<input type="checkbox"/> Vev	<input type="checkbox"/> Munnsekret	<input type="checkbox"/> Ascitesvæske	<input type="checkbox"/> MRSA sår *
<input type="checkbox"/> Samlepose fra barn	<input type="checkbox"/> Vaginalsekret	<input type="checkbox"/> Øresekret, ytre	<input type="checkbox"/> Bursavæske	<input type="checkbox"/> ESBL/VRE rektum
<input type="checkbox"/> Nefrostomi	<input type="checkbox"/> Cervixsekret	<input type="checkbox"/> Øresekret, mellomøre	<input type="checkbox"/> Pleuravæske	ANNET
<input type="checkbox"/> Subrapubisk kateter	<input type="checkbox"/> Uretrasekret	<input type="checkbox"/> Øyeseekret	<input type="checkbox"/> Dialysat, peritonealt	<input type="checkbox"/> Morsmelk
<input type="checkbox"/> Suprapubisk punksjon	<input type="checkbox"/> Uterusaspirat	<input type="checkbox"/> Ekspektorat	FÆCES	<input type="checkbox"/> Kateterspiss
<input type="checkbox"/> Urostomi	<input type="checkbox"/> Avskrap, hud *	<input type="checkbox"/> Indusert sputum	<input type="checkbox"/> Fæces	<input type="checkbox"/> Drenspiss
<input type="checkbox"/> Førstestråleurin (PCR)		<input type="checkbox"/> Trachealinspirat		
		<input type="checkbox"/> Bronkialsyllevæske		

* Lokalisasjon: