

|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| REKVISISJON for MIKROBIOLOGISKE PRØVER                                                                                                                                                                                                           |  | Pasient                                                                                                                                       |  |
| REKVIRENT                                                                                                                                                                                                                                        |  | Fødselsnr. (11 siffer)                                                                                                                        |  |
| Adr./Post                                                                                                                                                                                                                                        |  | Navn                                                                                                                                          |  |
| Postnr./Rom:                                                                                                                                                                                                                                     |  | Adr./Postnr.:                                                                                                                                 |  |
| Telefonnr.:                                                                                                                                                                                                                                      |  | Trygdek.:                                                                                                                                     |  |
| HPR-nummer:                                                                                                                                                                                                                                      |  | NASJONALITET:                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |  | EØS-dokumentasjon: Pass <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> |  |
| Avdeling for medisinsk mikrobiologi                                                                                                                                                                                                              |  | Poliklinisk <input type="checkbox"/> Blodsmitte <input type="checkbox"/>                                                                      |  |
| ST. OLAVS HOSPITAL                                                                                                                                                                                                                               |  | Inneliggende <input type="checkbox"/> Sykehus .....                                                                                           |  |
| UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM                                                                                                                                                                                                                |  | Kopi av svar til .....                                                                                                                        |  |
| www.stolav.no/mikrobiologi • Tlf. 72 57 32 00                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> HASTER (kontakt vakthavende mikrobiolog)                                                                             |  |
| <input type="checkbox"/> Vaksinert                                                                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> Utenlandsreise Hvor/Når .....                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Blodgiver/Beindonor                                                                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Tidspunkt for debut/eksposisjon .....                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Gravid _____ svangerskapsuke                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> Kryss her hvis det IKKE ønskes supplerende undersøkelser som laboratoriets leger finner indisert.                    |  |
| Denne blanketten skal leses maskinelt. Det er viktig at det krysses av riktig. Bruk blå eller svart kulepenn. Kryss slik, <input checked="" type="checkbox"/> ikke slik! <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |  | KLINISKE OPPLYSNINGER (nødvendig for optimal undersøkelse):                                                                                   |  |
| Prøvetakingsdato for tilsendte prøver SKAL fylles ut.                                                                                                                                                                                            |  | Rutine for påtenkt                                                                                                                            |  |
| DAG 10 20 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9                                                                                                                                                                                                                   |  | Orrwents kirurgi GB                                                                                                                           |  |
| MND. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                               |  |
| ÅR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                               |  |
| DETTE ÅR NESTE ÅR                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                               |  |
| Klokkeslett: .....                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                               |  |
| Antibakteriell/viral behandling:                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                               |  |
| Medikament, oppstartdato: .....                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                               |  |
| INNSENDT MATERIALE                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Abscessinnhold* <input type="checkbox"/> Halssekret <input type="checkbox"/> Tilsendt stamme* <input type="checkbox"/> Vesikkelinnhold*                                                                                 |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Autopsimateriale <input type="checkbox"/> Leddvæske* <input type="checkbox"/> Trakealaspirat <input type="checkbox"/> Vev/biopsi*                                                                                       |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Blod/EDTA <input type="checkbox"/> Nasofarynksaspirat/pensel <input type="checkbox"/> Urethrasekret <input type="checkbox"/> Øresekret                                                                                  |  |                                                                                                                                               |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Blod/serum <input type="checkbox"/> Negler <input type="checkbox"/> Hud* <input type="checkbox"/> Hår <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Øyeseekret                                      |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Blodkultur <input type="checkbox"/> Morsmelk <input type="checkbox"/> Urin blærepunksjon <input type="checkbox"/> Annet                                                                                                 |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Bronkialsyllevæske <input type="checkbox"/> Penselprøve* <input type="checkbox"/> Urin engangskateter                                                                                                                   |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Cervixsekret <input type="checkbox"/> Pleuravæske <input type="checkbox"/> Urin samlepose fra barn                                                                                                                      |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Ekspektorat <input type="checkbox"/> Spinalvæske <input type="checkbox"/> Urin transportagar                                                                                                                            |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Fæces <input type="checkbox"/> Sårsekret* <input type="checkbox"/> Vaginalsekret                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                               |  |
| * ANGI LOKALISASJON .....                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                               |  |
| AGENS PÅVISNING                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Bakteriologisk dyrkning <input type="checkbox"/> Chlamydia (genitalt) <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis <input type="checkbox"/> Malaria                                                                    |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Direkte mikroskopi <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae (luftveier) <input type="checkbox"/> Tarmparasitter (cyster, egg)                                       |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Soppyrking <input type="checkbox"/> Gonokokkdyrking <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Norovirus                                                                                   |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Patogene tarmbakterier <input type="checkbox"/> GBS-screening <input type="checkbox"/> Legionella <input type="checkbox"/> Viruspåvisning (ev. spes. under)                                                             |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Clostridium difficile toksin <input type="checkbox"/> MRSA-screening <input type="checkbox"/> Tuberkelbasiller <input type="checkbox"/> Annet                                                                           |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> MRSA-miljøundersøkelse (nese, hals, ev. perineum o.a.) <input type="checkbox"/> T.B. dir. mikroskopi                                                                       |  |                                                                                                                                               |  |
| SEROLOGI                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus <input type="checkbox"/> Hepatitt A-virus <input type="checkbox"/> Yersinia enterocolitica                                                                          |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/> Epstein-Barr-virus <input type="checkbox"/> Hepatitt B-virus: <input type="checkbox"/> Streptokokk-anti-DNase B                                                           |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Herpes simplex-virus <input type="checkbox"/> HBsAg (aktuell inf./bærer) <input type="checkbox"/> AST                                                                    |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis <input type="checkbox"/> Varicella-zoster-virus <input type="checkbox"/> anti-HBcore <input checked="" type="checkbox"/> Helicobacter pylori                                                       |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Enterovirus (Coxsackie/ECHO) <input type="checkbox"/> Parotittvirus <input type="checkbox"/> anti-HBs (vaksinetiter) <input type="checkbox"/> Francisella tularensis                                                    |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morbillivirus <input type="checkbox"/> Hepatitt C-virus <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi                                                                                          |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rubellavirus <input type="checkbox"/> HIV                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 <input type="checkbox"/> Syfilistester                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                               |  |
| Rekv. lege                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                               |  |