

Rekvirentens adresse: (sykehus/avdeling el. legekontor) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Pasientens personnummer (11 tegn) <table border="1"> <tr> <th>Dag</th> <th>Mnd</th> <th>År</th> <th colspan="5"></th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne		Dag	Mnd	År						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag	Mnd	År																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
Rekvirenderende lege: (etternavn, fornavn) HPR-nummer (7 siffer) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Pasientens etternavn: <input type="text"/>																	
Telefon: <input type="text"/> Postnr.: <input type="text"/> Poststed: <input type="text"/>		Pasientens fornavn: <input type="text"/>																	
Postnr.: <input type="text"/> Poststed: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Innlagt <input type="checkbox"/> Poliklinisk																	
Kopi av svar til: <input type="text"/>		Prøven tatt dato: <input type="text"/> Prøve-ID, primærlab.: <input type="text"/>																	
Utbrudd: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Reise/import: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Smittetidspunkt: <input type="text"/>		Smittested/smittekilde: <input type="text"/>																	
<input type="checkbox"/> Aktuell sykdom 1. sykdomsdag: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Immunstatus <input type="checkbox"/> Gravid <input type="checkbox"/> Blodgiver																	
Prøvemateriale <input type="checkbox"/> Bakterieisolat fra: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Virusisolat fra: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Autopsi/Biopsi (angi lokalisasjon): <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Fullblod <input type="checkbox"/> Gelrør <input type="checkbox"/> EDTA-blod <input type="checkbox"/> PPT-rør <input type="checkbox"/> Spinalvæske																	
		<input type="checkbox"/> Nasofarynxspirat <input type="checkbox"/> Nese/hals- penselprøve <input type="checkbox"/> Fæces <input type="checkbox"/> Sårsekret/vesikkelvæske <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser: <input type="text"/>																	
Transport: <input type="checkbox"/> Romtemperatur <input type="checkbox"/> Nedkjølt <input type="checkbox"/> Frosset																			
Kliniske opplysninger <input type="text"/> <input type="text"/>		Vaksinasjon/annen problemstilling <input type="text"/>																	
Primærlaboratoriets mikrobiologiske funn <input type="text"/>		Antimikrobiell behandling (middel, dato fra/til) <input type="text"/>																	
Ønsket undersøkelse <input type="checkbox"/> Identifisering av isolat <input type="checkbox"/> Dyrkning <input type="checkbox"/> Resistensbetømmelse																			
<input type="checkbox"/> Antigenpåvisning <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Sekvensering																			
<input type="checkbox"/> Antistoffpåvisning <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser: <input type="text"/>																			
Dato: <input type="text"/>		Rekvirenderende leges underskrift: <input type="text"/>																	
Kommentarfelt for Folkehelseinstituttets prøvemottak: <input type="text"/>																			