
# St. Olavs Hospital HF

Universitetssykehuset i Trondheim

Avdeling for medisinsk mikrobiologi

Stamme til referanselaboratoriet for gruppe B-streptokokker (GBS)

**Rekvirentlaboratorium**

Navn/adresse/kontaktperson

Eget prøvenummer:

**Pasient**

Navn:

Fødselsnummer:

Adresse:

**β-hemolytiske streptokokker gruppe B:**

Prøvemateriale: …………………………

Prøvetakingsdato: ………………………..

Kliniske opplysninger: …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………….………………………………

…………………………………….………………………………………………………………

…………………………………… …………………………………….

 (dato) (signatur)