

REMISS CERVIXCYTOLOGI Klinisk Remiss (VS)

Klinik, avd/mott		Personnr adress	
<input type="checkbox"/> HPV analys <input type="checkbox"/> Cytologisk analys och HPV analys (dubbelanalys) <input type="checkbox"/> HPV analys med cytologisk analys om positivt för HPV (reflexcytologi) <input type="checkbox"/> Självprov HPV		Reg. Nr	
<input type="checkbox"/> Standardiserat vårdförlopp SVF, undergrupp.....			
Provtagningsdatum	SM	<input type="checkbox"/> Fullständigt prov (2 portioner)	<input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Samtidigt px/skrap
Indikation för provtagning <input type="checkbox"/> Egen begäran <input type="checkbox"/> Patologisk blödning <input type="checkbox"/> Kontroll utredning <input type="checkbox"/> Uppföljning ej bedömbart prov <input type="checkbox"/> Uppföljning efter dysplasi behandling Kommentar:		Anamnes <input type="checkbox"/> Gravid vecka <input type="checkbox"/> Postpartum veckor <input type="checkbox"/> Menopaus år <input type="checkbox"/> Hormon/spiralbehandling <input type="checkbox"/> Hormon klimakteriet	Transformationszon <input type="checkbox"/> TZ typ 1 <input type="checkbox"/> TZ typ 2 <input type="checkbox"/> TZ typ 3 Swedscore (0-10)..... <input type="checkbox"/> Tidigare behandling
		Kopior till <input type="checkbox"/> Ej utförd <input type="checkbox"/> Obedömbart <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Låggradigt atypiskt <input type="checkbox"/> Höggradigt atypiskt	
Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) informerats om - och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Nej , patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.			
Labnoteringar		Rem. Läkare/barnmorska i klartext:	
<input type="checkbox"/> Normalt/Benigt cellprov <input type="checkbox"/> Ej bedömbart p.g.a.		<input type="checkbox"/> Endocervikala celler saknas <input type="checkbox"/> Ej bedömbart kvalitativt <input type="checkbox"/> Inflammation	
<input type="checkbox"/> Patologisk flora		<input type="checkbox"/> Bakterier <input type="checkbox"/> Svamp <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Annat	
<input type="checkbox"/> Reaktion		<input type="checkbox"/> Stark inflammation <input type="checkbox"/> Riklig blödning	
<input type="checkbox"/> Hormonell bedömning		<input type="checkbox"/> Ej möjlig <input type="checkbox"/> Atrofi	
<input type="checkbox"/> Cellbedömning <input type="checkbox"/> ASCUS <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> Misstänkt skivepitelcancer			
<input type="checkbox"/> Körtelcellsatypi <input type="checkbox"/> Atypi i cell av oklar/annan celltyp		<input type="checkbox"/> Misstänkt höggradig dysplasi/ASC-H <input type="checkbox"/> AIS/Misstänkt adenocarcinom	
Datum	Cytolog	Datum	Cyodiagnostiker