

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
Kopia till			
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 dysplasibehandling 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	Kolposcopi <input type="checkbox"/> Ej utförd <input type="checkbox"/> Obedömbart <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Låggradigt atypiskt <input type="checkbox"/> Höggradigt atypiskt
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"/> Skivepitelceller saknas
Patologisk flora	<input type="checkbox"/> Bakterier	<input type="checkbox"/> Svamp	<input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Annat
Reaktion	<input type="checkbox"/> Stark inflammation	<input type="checkbox"/> Riklig blödning	
Hormonell bedömning	<input type="checkbox"/> Ej möjlig	<input type="checkbox"/> Atrofi	
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	Cytodiagnostiker