

REMISS CERVIXCYTOLOGI

Klinik, avd/mott		Personnr adress	
Kopia			Reg. Nr
<input type="checkbox"/> Provtagning utan cervixpatologi (GCK) <input type="checkbox"/> Provtagning p.g.a. cervixpatologi (VS) <input type="checkbox"/> Standardiserat vårdförlopp SVF			
Provtagningsdatum	SM/MP	Provtyp <input type="checkbox"/> Vagina Portio Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Samtidigt Px Skrap	
Anamnes och status <input type="checkbox"/> Normalstatus <input type="checkbox"/> Tidigare dysplasi (1) se kommentar <input type="checkbox"/> Cervixprolaps grad 2-3 <input type="checkbox"/> Gravid vecka <input type="checkbox"/> Onormal blödning <input type="checkbox"/> Tid. Gyn provtagning/kirurgi, se kommentar <input type="checkbox"/> Postpartum veckor <input type="checkbox"/> Flytning <input type="checkbox"/> Radiol, beh. år <input type="checkbox"/> P-piller typ <input type="checkbox"/> Kondylom var? Se kommentar <input type="checkbox"/> Vaccinerad Gardacil <input type="checkbox"/> IUS typ <input type="checkbox"/> Omtag <input type="checkbox"/> HPV önskas <input type="checkbox"/> Hormonbehandling <input type="checkbox"/> Röker cigaretter/dag <input type="checkbox"/> EXIT prov			Kolposcopi <input type="checkbox"/> Ej utförd <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ej normal se kommentar
Kommentar:			
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/barmorska i klartext:	
<input type="checkbox"/> Normalt/Benigt prov <input type="checkbox"/> Skivepitelceller saknas <input type="checkbox"/> Inflammation <input type="checkbox"/> Ej bedömbart p.g.a. <input type="checkbox"/> Endocervikala celler saknas <input type="checkbox"/> Blodtillblandning <input type="checkbox"/> Otillräckligt material <input type="checkbox"/> Tekniskt fel			
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"/> Lätt skivepitelatypi <input type="checkbox"/> Misstänkt hög-gradig dysplasi <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> Misstänkt skivepitelcancer <input type="checkbox"/> Körtelcellsatypi <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> Misstänkt adenocarcinom <input type="checkbox"/> Atypi i cell av oklar/annan celltyp			
Datum	Cytolog	Datum	Cytdiagnostiker