

## REMISS CERVIXCYTOLOGI Klinisk Remiss (VS)

Klinik, avd/mott		Personnr adress	
<input type="checkbox"/> Cytologisk analys <input type="checkbox"/> Cytologisk analys och HPV analys <input type="checkbox"/> Cytologisk analys och triage vid ASCUS/LSIL <input type="checkbox"/> HPV analys enbart		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	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
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"/> <b>Nej</b> , patienten samtycker <b>inte</b> till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.			
<b>Labnoteringar</b>		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"/> Skivepitelceller saknas <input type="checkbox"/> Inflammation	
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/ASCUS  <input type="checkbox"/> Körtelcellsatypi	<input type="checkbox"/> Atypi i cell av oklar/annan celltyp	<input type="checkbox"/> LSIL  <input type="checkbox"/> Misstänkt höggradig dysplasi/ASC-H	<input type="checkbox"/> HSIL  <input type="checkbox"/> Misstänkt skivepitelcancer  <input type="checkbox"/> AIS/Misstänkt adenocarcinom
Datum	Cytolog	Datum	Cyodiagnostiker