Patologi och cytologi
Dalarna

Remiss GYNEKOLOGISK CYTOLOGI

Patologi och cytologi Dalarna
Falu lasarett, 791 82 Falun
Tel cyt.lab 023-49 27 97, sekr. 023-49 25 42

Pers.nr

Namn

Adress

Tel

Provtyp

☐ **KALLAD** till gynekologisk cellprovskontroll

☐ Indicerad cervixcytologi

Från (fullständig adress, klinik, avdelning, mottagning)

Tel

Svar till

Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt. vårdnadshavare/närstående) har fått information om att provet och tillhörande personuppgifter kommer att sparas. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till detta.

☐ **Nej**, patienten **samtycker inte** till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas

☐ Patienten är vid provtillfället **oförmögen** att lämna samtycke

☐ **Om snabb diagnos önskas, kryssa i rutan!**

Kopia till

Provtagningsdatum

Rem. läkare/barnmorska Sign

Anamnes, status

Senaste mens ÅÅ, MM, DD……..

☐ Gravid (G)
☐ Post partum (P)
☐ Post menopausin (PS)
☐ P-piller (PP)
☐ Spiral (S)
☐ Hormonspiral

☐ Hormonbehandling (HB)
☐ Onormal blödning (OB)
☐ Fluor (F)
☐ Kondylom (HPV)
☐ Strålbeh. (SB) År……

☐ Total hysterektomi (HY)
☐ Supravaginal hysterekt. (SV)
☐ Kryobehandling (KR)
☐ Laserbehandling (LA)
☐ Konisation (KO)

Kolposkopibild
☐ Benign
☐ Kondylombild
☐ Atypisk bild
☐ Ofullständig bild

Laboratorieanteckningar