

(Navn, adr)

Legens Id-nummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Innlagt
 Poliklinisk

KOPI

Fødselsdato Personnr. Kvinne Mann

										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------	--------------------------

Etternavn Fornavn

Adresse

Postnr. Poststed

Kopisvar til:
(Navn, adr)

Kliniske opplysninger/problemstilling (må fylles ut):

Skal ikke skrives ut

Prøvetakingsdato

d	d	m	m	å	å
---	---	---	---	---	---

Tidspunkt

t	t	m	m
---	---	---	---

Første sykdomsdag:

Relevante vaksiner:

Gravid (uker):

Kontrollprøve (ja/nei):

PRØVEMATERIALE / LOKALISASJON

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fullblod (med og uten tilsetning) | <input type="checkbox"/> Cervix | <input type="checkbox"/> Sår _____ |
| <input type="checkbox"/> Serum | <input type="checkbox"/> Vaginal | <input type="checkbox"/> Hals |
| <input type="checkbox"/> Plasma | <input type="checkbox"/> Spinalvæske | <input type="checkbox"/> Urin (første urinstråle) |
| <input type="checkbox"/> Urethra | <input type="checkbox"/> Nasopharynx | <input type="checkbox"/> Annet _____ |

SEROLOGISKE UNDERSØKELSER

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> HIV-antigen/antistoff | <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus | <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitt A-antistoff | <input type="checkbox"/> Herpes simplex-virus | <input type="checkbox"/> Borrelia |
| <input type="checkbox"/> Hepatitt B-antigen | <input type="checkbox"/> Varicella-zoster-virus | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitt B-antistoff | <input type="checkbox"/> Parotittvirus | <input type="checkbox"/> Nevrosyfilis * |
| <input type="checkbox"/> Hepatitt C-antistoff | <input type="checkbox"/> Morbillivirus | <input type="checkbox"/> Nevroborreliose * |
| <input type="checkbox"/> Rubellavirus | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr-virus | |
| <input type="checkbox"/> Syfilis | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 | |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasma | | |
| <input type="checkbox"/> Donorpakke ¹⁾ | | |

ANDRE UNDERSØKELSER

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitt C-RNA (PCR) |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ |

* Ratiundersøkelse. Blodprøve (egen rekvisisjon) må tas innen samme døgn som spinalvæske

Se forklaring på baksiden 1) - 2)

MOLEKYLÆRBIOLOGISKE UNDERSØKELSER (PCR)

- | | | |
|---|--|---|
| Spinalvæske / Sårprøver | Luftveisprøver | Annet |
| <input type="checkbox"/> Enterovirus | <input type="checkbox"/> Standard luftveispakke | <input type="checkbox"/> Chlamydia tr./N. gonorrhoeae ²⁾ |
| <input type="checkbox"/> Herpes simplex-virus | Influenzavirus A og B | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium |
| <input type="checkbox"/> Varicella-zoster-virus | Mycoplasma pneumoniae | <input type="checkbox"/> Adenovirus |
| <input type="checkbox"/> _____ | Chlamydomphila pneumoniae | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | Bordetella pertussis | <input type="checkbox"/> _____ |
| | <input type="checkbox"/> Utvidet luftveispakke ²⁾ | |
| | Standard luftveispakke | |
| | Parainfluenzavirus 1, 2, 3 | |
| | Respiratorisk syncytialt (RS) virus | |
| | Humant metapneumovirus | |

0726028465

Veiledning til rekvirenten

Informasjon om prøvetaking, analyser, måleusikkerhet og akkrediteringsomfang, se vår laboratoriehåndbok: www.sus.no/lab

Utfylling av rekvisisjonen:

Rekvirerende leges Id-nummer og svaradresse **må** fylles ut.

Rekvisisjonen skal påføres pasientens navn, fødselsnummer (11 siffer), prøvemateriale og dato for prøvetaking.

Relevante kliniske opplysninger/problemstilling er nødvendig for riktig undersøkelse av prøven og for vurdering av funn. Opplysning om relevante vaksiner og graviditet er spesielt viktig.

Prøvetaking

Prøvene skal merkes med strekkodeetikett som samsvarer med analysegruppe (fargekode).

Rekvireres analyser i flere fargegrupper, må det tas ett glass til hver.

Prøver uten strekkodeetikett må være merket med pasientens navn og fødselsnummer.

Blodprøver tas på gelglass og sendes ferdig sentrifugert. Avpipettert serum ønskes ikke.

Til hepatitt C-RNA (PCR) benyttes serum gelglass eller EDTA-gelglass.

Sårprøver og luftveisprøver (hals og nasopharynx) må sendes i virus transportmedium (UTM-RT).

Prøver til Chlamydia trachomatis/N. gonorrhoeae og Mycoplasma genitalium må tas med eget prøvetakingsutstyr. Urin skal være første urinstråle.

Prøvetakingsutstyr til molekylærbiologiske undersøkelser bestilles fra avdelingen.

Forklaring til fotnoter

1)

Donorpakke gjelder donasjon av celler og vev og inneholder følgende tester: HIV 1 og 2, Hepatitt B (HBsAg og anti-HBc), Hepatitt C antistoff og Syfilis. Andre tester kan også være aktuelle, konferer *Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev*. Avdelingen ringer positive funn, vennligst oppgi telefonnummer på rekvisisjonen.

2)

Utvidet luftveispakke er aktuelt ved alvorlig luftveisinfeksjon, særlig hos små barn, eldre og personer med nedsatt immunforsvar.

Resultatene må ikke benyttes til foredrag/publikasjoner uten etter avtale med avdelingen.