

Mikrobiologiske undersøkelser

Rekvisitentens adresse: (sykehus/avdeling el. legekantor) 		Pasientens personnummer (11 tegn) <table border="1"> <tr> <td>Dag</td> <td>Mnd</td> <td>År</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> ☐ Mann ☐ Kvinne		Dag	Mnd	År																					
Dag	Mnd	År																									
Rekviserende lege: (etternavn, fornavn) HPR-nummer (7-8 siffer) 		Pasientens etternavn: 																									
Pasientens fornavn: 		Postnr.: Poststed: 																									
Telefon:		☐ Innlagt ☐ Poliklinisk																									
Kopi av svar til: 		Prøven tatt dato: Prøve-ID, primærlab.:																									
Utbrudd: Ja ☐ Nei ☐ Reise/import: Ja ☐ Nei ☐ Smittetidspunkt:		Smittested/smittekilde:																									
☐ Aktuell sykdom 1. sykdomsdag:		☐ Immunstatus ☐ Overvåkning ☐ Blodgiver / donor																									
Prøvemateriale																											
☐ Bakterieisolat fra:		☐ Serum																									
☐ Virusisolat fra:		☐ Plasma																									
☐ Autopsi/Biopsi (angi lokalisasjon):		☐ Fullblod																									
		☐ Gelrør																									
		☐ EDTA-blod																									
		☐ PPT-rør																									
		☐ Spinalvæske																									
Transport: ☐ Romtemperatur ☐ Nedkjølt ☐ Frosset		☐ Nasofarynxaspirat ☐ Nese/hals- penselprøve ☐ Munnsekret/spytt ☐ Fæces ☐ Sårsekret/vesikkelvæske Annet:																									
Kliniske opplysninger 		Vaksinasjonsstatus 																									
Primærlaboratoriets mikrobiologiske funn 		Antimikrobiell behandling (middel, dato fra/til) 																									
Ønsket undersøkelse																											
Agens:		☐ Referanseundersøkelse ☐ PCR ☐ Sekvensering/genotype ☐ Antistoff/antigen																									
☐ Identifisering av isolat ☐ Dyrkning ☐ Resistensbetømmelse		☐ Andre agens/undersøkelser: 																									
Dato:		Rekviserende leges underskrift: 																									
Kommentarfelt for Folkehelseinstituttets prøvemottak: 																											