

Avdeling for patologi, seksjon Ålesund
 6026 Ålesund - Telefon 70 10 66 21

REKVIRENT	Rekvirentkode
Navn lege	
Avd. sykehus/	
Legesenter	
Adresse/Telefon	
HPR nummer	
Kopi til	

PASIENTDATA	
Personnr	K <input type="checkbox"/>
Etternavn	M <input type="checkbox"/>
Fornavn	
Bostedets postnr.	
Trygdekontor	
Innlagt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

NB! Husk å informere kvinnen om reservasjonsrett ved prøvetaking fra cervix. Se mer info: www.kreftregisteret.no (masseundersøkelsen for livmorhalskreft).

Klinisk problemstilling

Cytostatikabehandling? Hvilke	År	Mnd.(hvis siste år)	Strålebehandling(relevant? År	Mnd(hvis siste år)
-------------------------------	----	---------------------	-------------------------------	--------------------

GYNEKOLOGISK MATERIALE	TIDLIGERE GYNEKOLOGISK BEHANDLING	OPPLYSNINGER:
<input type="checkbox"/> Cervix	<input type="checkbox"/> El.Koag./Kryo/Laser	<input type="checkbox"/> Siste menstruasjon Dato
<input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Konisering/Cervixamputasjon	<input type="checkbox"/> Gravid
<input type="checkbox"/> Vulva	<input type="checkbox"/> Supravaginal uterusamputasjon	<input type="checkbox"/> Post partum Født dato
<input type="checkbox"/> Endometrium	<input type="checkbox"/> Hysterektomi	<input type="checkbox"/> IUD/Spiral
Materialet er tatt med?	<input type="checkbox"/> Uni- <input type="checkbox"/> Bilateral oophorectomi	<input type="checkbox"/> P-Pille
<input type="checkbox"/> Børste og spatel	<input type="checkbox"/> Annet:	<input type="checkbox"/> Menopause inntrådt Når:
<input type="checkbox"/> Spatel	<input type="checkbox"/> Behandlet når (mnd/år)	<input type="checkbox"/> Descens/Prolaps
<input type="checkbox"/> Annet		<input type="checkbox"/> Digitalis/Vaaitorier/Hormoner

ANNET CYTOLOGISK MATERIALE	
<input type="checkbox"/> Bronchialutstryk	<input type="checkbox"/> Ureter- <input type="checkbox"/> Ileumsblæreurin
<input type="checkbox"/> Ekspektorat <input type="checkbox"/> Prøve 1 <input type="checkbox"/> Prøve2 <input type="checkbox"/> Prøve3	<input type="checkbox"/> Finnålsaspirasjon fra
<input type="checkbox"/> Pleuravæske <input type="checkbox"/> Høyre <input type="checkbox"/> Venstre	<input type="checkbox"/> Anne materiale fra
<input type="checkbox"/> Ascites	stk. fikserte prøver/glass
<input type="checkbox"/> Urin: Spontan <input type="checkbox"/> Prøve 1 <input type="checkbox"/> Prøve2 <input type="checkbox"/> Prøve3	stk. ufikserte prøver/glass
	<input type="checkbox"/> Urin ved cystoskopi
	<input type="checkbox"/> Cystoskopi Dato
	<input type="checkbox"/> Urografi Dato

<input type="checkbox"/> CITO Telefon/Calling:	Rekvirerende lege:	Prøvedato:
--	--------------------	------------

CYTOLOGISK VURDERING	
Cervix: T83000 Konvensjonelt utstryk, T83100 Væskebasert prøve	
<input type="checkbox"/> M09010 Materialet er uegnet for diagnostikk	<input type="checkbox"/> M81401 AGUS
<input type="checkbox"/> M00100 Normal morfologi	<input type="checkbox"/> M81402 ACIS
<input type="checkbox"/> M00110 Normal morfologi, men mangler endocervikale celler	<input type="checkbox"/> M81403 Adenokarsinom
<input type="checkbox"/> M00120 Normal morfologi, men forurenset – se beskrivelse	
<input type="checkbox"/> M69100 ASC-US	<input type="checkbox"/> M80103 Karsinom
<input type="checkbox"/> M80701 ASC-H	<input type="checkbox"/> M80006 Metastase fra malign tumor
<input type="checkbox"/> M69701 LSIL	<input type="checkbox"/> M80009 Malign tumor, usikker primær eller metastase
<input type="checkbox"/> M80752 HSIL	
<input type="checkbox"/> M80703 Plateepitelkarsinom	
<input type="checkbox"/> Ny cytologisk prøve anbefales <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12mnd. <input type="checkbox"/> HPV-test anbefales <input type="checkbox"/> Histologisk us. anbefales	

FRITEKST

Besvart dato: _____ Screener: _____ Lege: _____

Retningslijer for cytologisk prøvetaking fås ved å kontakte laboratoriet