



Tydelig svaradresse

HPR nr. _____

Pasientdata

Fødselsnummer:

Kjønn: ☐ Kvinne ☐ Mann

Etternavn:

Fornavn:

Postnr./-sted:

Pas. Id.:

Ligger pasient i sykehus/institusjon? ☐ Nei ☐ Ja**Kopi sendes:****Legekontor:****Lege:****Kliniske opplysninger – Må utfylles.**

1. sykdomsdag:

Antibiotikabehandling:

Prøvemateriale:

Lokalisasjon:

Tatt dato:

Evt. klokkeslett

Undersøkellesgrupper:**Vennligst bruk én rekvisisjon for hver gruppe av undersøkelse.****Opplysninger om prøvetaking og akkrediterte analyser, se:**www.vestreviken.no/lab

Utfylt rekvisisjon utgjør kontrakt mellom rekvisitent og laboratoriet.

Tilleggsundersøkelse og/eller videresending til henvisningslaboratorium kan bli utført dersom de angitte opplysninger og/eller primære funn, tilsier dette.

Dersom dette ikke ønskes, kryss her: ☐

Analysesvarene overføres til sykehusets journalsystem.

Dersom dette ikke ønskes, kryss her: ☐**Bakteriologi/sopp:**

- ☐ Urindyrkning (Borsyreglass)
- ☐ Dyrkning, generell
- ☐ Gonokokk-dyrkning (Amies)
- ☐ Gjærsopp (Amies)
- ☐ MRSA-screening
- ☐ ESBL-screening
- ☐ VRE-screening

Feces:

- ☐ Tarmpatogene bakterier og parasitter (PCR) (Fecal Transwab)
- ☐ Noro-, rota- og adenovirus (Fecal Transwab)
- ☐ Parasittidentifikasjon, mikroskopi (Midi Parasep)
Klinisk begrunnelse og reiseanamnese kreves.
Viktigste parasitter inkluderes i PCR-undersøkelse av feces.
- ☐ *C. difficile* (Glass uten tilsetning) (halvfullt glass)
- ☐ *Helicobacter* (Glass uten tilsetning) (1/4 fullt glass)

Genteknologi (PCR):**Luftveisinfeksjoner (Transwab)**

- ☐ Mycoplasma, Chlamydia og B.pertussis (Kikhoste)
- ☐ Influenza A+B
- ☐ Andre luftveisvirus (metapneumo, rhino, RS, adeno, parainfluenza 1-2-3)
- ☐ Adenovirus
- ☐ Koronavirus penselprøve

Utslett, vesikkelinnhold (Transwab)

- ☐ Herpes simplex 1 + 2 og Varicella
- ☐ Enterovirus

Sopp (hår, negl og hudavskrap)

- ☐ Dermatofytt (Glass uten tilsetning)

Genital infeksjon (Aptimarør)

(Utføres i Bærum, telefon 67 80 97 25)

- ☐ Chlamydia og gonokokker
- ☐ Mycoplasma genitalium

Serologi (Serum):

- ☐ Gravidsscreening (HIV, Syfilis, Hepatitt B)
- ☐ HIV
- ☐ Hepatitt A
- ☐ Hepatitt B
- ☐ Hepatitt C
- ☐ Syfilis
- ☐ Epstein-Barr virus/CMV
- ☐ Toxoplasma
- ☐ Rubella (immunstatus)
- ☐ Borrelia
- ☐ B.pertussis (Kikhoste)
- ☐ Varicella (immunstatus)
- ☐ Parvovirus B19
- ☐ TB-IGRA (NB! Spesialglass)
- ☐ Koronavirus blodprøve

Dersom HIV ikke ønskes, kryss av her: ☐**Annet:**

- ☐
- ☐

Dato:

Legens underskrift: