

Provetakingsdato: _____		Betales av: <input type="checkbox"/> Offentlig <input type="checkbox"/> Bedrift/annen avtale	
Prøvemateriale: _____		PASIENT	
Lokalisasjon: _____		Navn: _____	
REKVIRENT Lege/tannlege kontor: _____	Rekv.kode _____	Fødselsnr.: _____ (11 siffer)	Kjønn: _____
Navn: _____		Postnr.: _____ (iflg. folkereg.)	
Adresse: _____		Postnr.: _____ (iflg. folkereg.)	
Postnr.: _____		<input type="checkbox"/> Kopi til pasient: _____	
<input type="checkbox"/> Kopi til lege: _____		Adresse: _____	
Legekantor: _____		<input type="checkbox"/> Kopi til pasient: _____	

KLINISKE OPPLYSNINGER MÅ FYLLES UT!

1. sykdomsdag: _____ Antibiotikabehandling: _____ for/etter prøvetaking
 GRAVID Uke: _____ Antibiotika allergi: _____
 Marker her hvis det IKKE ønskes supplerende us. selv om laboratoriets leger mener det er hensiktsmessig.

SEROLOGI 9)	AGENS SPÅVISNING
<input type="checkbox"/> Streptokokk DNase B antistoff <input type="checkbox"/> Stafylokokk antistoff <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori IgG <input type="checkbox"/> Epstein Barr virus IgM/IgG <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus IgM/IgG <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae IgM/IgG <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis IgG <input type="checkbox"/> Hepatitt A virus IgM/IgG <input type="checkbox"/> Hepatitt A virus IgG (kontroll etter vaksinasjon) <input type="checkbox"/> Hepatitt B virus antigen/antistoff <input type="checkbox"/> Hepatitt B virus s-antistoff (kontroll etter vaksinasjon) <input type="checkbox"/> Hepatitt C virus antistoff <input type="checkbox"/> HIV1/HIV2 antigen/antistoff <input type="checkbox"/> Rubellavirus IgG <input type="checkbox"/> Treponema pallidum antistoff <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii IgM/IgG <input type="checkbox"/> Herpes Simplex virus 1+2 IgM/IgG <input type="checkbox"/> Varicella-zoster virus IgM/IgG <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgM/IgG <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi IgM/IgG <input type="checkbox"/> Anaplasma phagocytophilum IgG <input type="checkbox"/> TBE (skogflåttencefalitt) virus IgM/IgG <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 IgG <input type="checkbox"/> Hantavirus Nefropathia epidemica IgM <input type="checkbox"/> Gravid screening HIV1/HIV2 antigen/antistoff Treponema antistoff Hepatitt B <input type="checkbox"/> IVF screening HIV1/HIV2 antigen/antistoff, Hepatitt B, Hepatitt C, Treponema antistoff <input type="checkbox"/> Annet: _____	Dyrking av bakterier og sopp <input type="checkbox"/> Urin 2) <input type="checkbox"/> Luftveispatogene 1) <input type="checkbox"/> Sårpatogene 1) <input type="checkbox"/> Legionella 1/10) <input type="checkbox"/> Gjærsopp 1) <input type="checkbox"/> Muggsopp 1) Screening <input type="checkbox"/> MRSA 1) <input type="checkbox"/> VRE 1/5) <input type="checkbox"/> ESBL 1/5) <input type="checkbox"/> Dermatofytt DNA 10) Mage/Tarm <input type="checkbox"/> Tarmpatogene bakterier og virus DNA/RNA 5) <input type="checkbox"/> Kontrollprøve, oppgi agens: _____ <input type="checkbox"/> Parasitter 6) <input type="checkbox"/> Cl. diff. Toxin A+B 5/7) <input type="checkbox"/> H. pylori antigen 7) PRØVETAKINGSMEDIER 1) Copan sort/orange 2) Borsyreglass 3) Aptima transportrør 4) UTM- RT 5) Fecalswab 6) Para Pak- Ecofix 7) Steril container m/skje 8) SSI medium 9) Gelglass 10) Steril container
	Luftveier 4) <input type="checkbox"/> Atypiske bakterier: Chlamydia pneumoniae DNA Mycoplasma pneumoniae DNA Bordetella pertussis/ parapertussis DNA <input type="checkbox"/> Virus: Influenzavirus A+B RNA Respiratorisk syncytialvirus RNA Parainfluenza RNA Metapneumovirus RNA Adenovirus DNA SARS-CoV-2 RNA <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 RNA screening Hud/øye 4) <input type="checkbox"/> Adenovirus DNA <input type="checkbox"/> Herpes Simplex virus 1+2 DNA Varicella zoster DNA <input type="checkbox"/> Annet: _____
	Venerologi dyrkning 1) <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis <input type="checkbox"/> Gjærsopp <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Gruppe B streptokokker (risiko gravide) Venerologi 3) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis DNA <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae DNA <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium DNA <input type="checkbox"/> Kontrollprøve, oppgi agens: _____
	Odontologi 8) <input type="checkbox"/> Periodontitt <input type="checkbox"/> Andre infeksjoner i munnhulen