

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

KLINISKE OPPLYSNINGER MÅ FYLLES UT!

1. sykdomsdag: _____ Antibiotikabehandling: _____ før/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 PÅVISNING
<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"/> SARS-CoV-2 IgG <input type="checkbox"/> Gravid screening HIV1/HIV2 antigen/antistoff Treponema antistoff Hepatitt B <input type="checkbox"/> IVF donor/screening HIV1/HIV2 antigen/antistoff, Hepatitt B, Hepatitt C, Treponema antistoff <input type="checkbox"/> Annet: _____	Bakterier og sopp dyrkning <input type="checkbox"/> Urin 2) <input type="checkbox"/> Luftveispatogene 1) <input type="checkbox"/> Sårpatogene 1) <input type="checkbox"/> Legionella 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) Mage/Tarm <input type="checkbox"/> Tarmpatogene bakterier og virus DNA/RNA 5) <input type="checkbox"/> Kontrollprøve, oppgi agens: _____ 5) <input type="checkbox"/> Parasitter 6) <input type="checkbox"/> Cl. diff. Toxin A+B 5/7) <input type="checkbox"/> H. pylori antigen 7) Luftveier 4) <input type="checkbox"/> Atypiske bakterier: Chlamydia pneumoniae DNA Mycoplasma pneumoniae DNA Bordetella pertussis/ parapertussis/holmesii DNA <input type="checkbox"/> Virus: Influenzavirus A+B RNA Respiratorisk syncytialvirus RNA Parainfluenza RNA Metapneumovirus RNA Adenovirus DNA SARS-CoV-2 RNA Rhinovirus RNA Hud/Øye <input type="checkbox"/> Adenovirus DNA 4) <input type="checkbox"/> Herpes Simplex virus 1+2 DNA <input type="checkbox"/> Varicella zoster DNA 4) <input type="checkbox"/> Dermatofytt DNA 11) Venerologi dyrkning 1) <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis <input type="checkbox"/> Gjærsopp <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"/> Trichomonas vaginalis DNA <input type="checkbox"/> Kontrollprøve, oppgi agens: _____ <input type="checkbox"/> Annet: _____
	PRØVETAKINGSMEDIER 1) Copan sort/orange 2) Borsyreglass 3) Aptima transportør 4) UTM- RT 5) Fecalswab 6) Para Pak- Ecofix 7) Steril container m/skje 9) Gelglass 10) Steril container 11) Sterilt plastrør m/kork