REGIONALT CANCERCENTRUM NORR

A1

# Meddelande om upphörande av kallelse till gynekologisk cellprovskontroll

Personnummer: _____ Namn: _____

Ovanstående patient har:

- ☐ **genomgått total hysterektomi**
- ☐ **genomgått strålbehandling mot lilla bäckenet**
- ☐ **ingen livmoderhals av annan orsak än operation**

Kallelse för gynekologisk cellprovskontroll kan därför upphöra.

**Enhet:** _____ **Sjukhus:** _____

**Dagens datum:** _____

**Med vänlig hälsning**

**Namn:** _____ **Titel:** _____

_____

**Ifylld blankett med kryss i någon av ovanstående rutor sänds till kallelsekansliet för gynekologisk cellprovskontroll i patientens hemregion, med adress enligt nedan.**

| | |
|---|---|
| **Västerbotten:** | GCK-kansliet, By 27A, BV Norrlands universitetssjukhus, 901 85 Umeå |
| **Jämtland/Härjedalen:** | Kansliet för gynekologisk cellprovtagning Lugnviksvägen 8, 831 52 Östersund |
| **Norrbotten:** | GCK, Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå |
| **Västernorrland:** | Sundsvalls sjukhus, gynekologisk cellprovskontroll, 851 86 Sundsvall |

**Regionens GCK-kansli meddelar patienten brevledes:** Utfört ☐ Datum: _____

Signatur: _____