REMISS, **Gynekologisk cytologi**

	Personnr. och namn
Avsändare:	Laboratoriets provnr.

Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten informerats om – och samtycker till – att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Ett kryss nedan ska endast göras om patienten **inte** samtycker.

☐ Patienten samtycker **inte** till att provet lagras i biobanken.

IFYLLES AV PATIENTEN

Datum för senaste menstruations 1:a dag — Mån ☐☐ Dag ☐☐

År då mens upphörde — Årtal ☐☐

Gravid ☐

Använder du:
P-piller ☐ P-spruta ☐ Spiral ☐

Annat preventivmedel
Vilket preparat _____

Östrogenbehandling — Ja ☐ Nej ☐
Vilket _____

Tidigare cellförändringar (om ja, ange sjukhus och årtal för behandling).
_____ Årtal ☐☐

Är livmodern bortopererad? Delvis ☐ Helt ☐

Provtagarens anteckningar

Provdatum Sign./Kod

_____

CYTOLOGISK BEDÖMNING

☐ ☐ Otillräckligt material (M09000)
☐ ☐ Ej bedömbart material (M09010)
☐ ☐ **BENIGNT CELLFYND** (M00120)
☐ ☐ Endocervikala celler saknas (M09019)
☐ ☐ Rikligt inflam. celler (M40400)
☐ ☐ Inflam. cellförändr. (M69780)
☐ ☐ Trichomonas (E4432)
☐ ☐ Svamp (E4000)
☐ ☐ Herpes (D0404)
☐ ☐ Actinomyces, likn. organism (E0111)
☐ ☐ Skivepitelmetaplasi (M73200)

Skivepitel:
☐ ☐ Skivepitelatypi av oklar betydelse (M69710)
☐ ☐ Tecken på HPV-infektion (M76700)
☐ ☐ Lätt dysplasi/CIN1 (M74006)
☐ ☐ Måttlig dysplasi/CIN2 (M74007)
☐ ☐ Misst. Skivepitelcancer (M80701)

Körtelepitel:
☐ ☐ Körtelcellsatypi (M69720)
☐ ☐ Misst. Adenocarcinom (M81401)

Osäker celltyp:
☐ ☐ Oklar atypi (M69700)
☐ ☐ Malignitet UNS (M80101)

Kommentarer: _____

_____

Cytodiagnostiker:_____ Cytodiagnostiker:_____ Läkare_____