



Divisjon Medisinsk service  
 Avdeling for patologi Lillehammer  
 Anders Sandvigs gate 17  
 2609 Lillehammer  
 Tlf: 61 05 02 00, Fax: 61 27 20 42

5826325618

**Rekvirent** HPR-nr.

Rekv. lege .....

Enhet/legekontor .....

Adresse ..... Tlf. ....

Postnr. .... Poststed .....

HER-id/  
 legekantor

**Pasient**

Fødselsdato  Personnummer  Kvinne  Mann

Etternavn - fornavn .....

Adresse .....

Postnr. .... Poststed .....

Innlagt  
 Ja  Nei

**Kopi av svar sendes til**

Legenavn ..... HPR-nr.

Avdeling/legekontor .....

Adresse ..... HER-id  
 legekantor

Postnr./sted .....

Prøvetakingstidspunkt

CITO

Pakkeforløp

Mammascreening

TELEFON

**Kliniske opplysninger**

**Tidl. relevant hist/cyt?** .....

(sted/nr/år/diagnose)

Tidligere relevant cytostatika-  og/eller strålebehandling  , år/mnd:

**ANNET CYTOLOGISK MATERIALE:**

**Lunge:**

- Bronkial børsteprøve
- Bronkialskylløvæske
- Ekspektorat:
  - Prøve 1  Prøve 2  Prøve 3
- Pleuravæske:
  - Høyre  Venstre

**Urin:**

- Urin (spontan):
  - Prøve 1  Prøve 2  Prøve 3
- Urin ved cystoskopi

**Annet:**

- Perikardvæske
- Ascites
- Bukskylløvæske
- Cystevæske
- Finnålsaspirasjon
- CT-/UL-veiledet FNA
- EUS
- EBUS

..... stk. fikserte utstryk

..... stk. ufikserte utstryk

Annet materiale: .....

**Tilstede ved prøvetaking:**

- Bioingeniør
- Patolog

Prøvetaker: .....

(Bruk blokkbokstaver)