

Personnr

Namn

Avsändare

Snabb svar

Telefon:

Kopia till (namn och vårdenhets)

Reserverad plats för laboratoriets etikett

Prov nr

HPV-TEST	VPC	V	P	Vulva	P-piller	Strål/hormon
HPV-vaccinerad	SM	Menopaus	Gravid	VP	Post partum	Spiral

Anamnes

Frågeställning

Datum/Rem läkare

Utlåtande

Endocervikala celler

Saknas

**Laboratoriets interna anteckningar**

dg1	Gr			
dg2	Scr1	Konf	Komp	Glas
dg3	Scr2	Typfall	Ca	Provtyp

**BIOBANKSINFORMATION**

För provmaterial som omfattas av biobankslagen bekräftar inskickandet av denna remiss att patienten/anhörig samtycker till att provet sparas i biobank.