

REKVIRERENDE LABORATORIUM:		TLF:
FØDSELSNUMMER:		
PASIENTENS NAVN:		
ADRESSE:		
PRØVE-ID/ DERES REF. NR:		PRØVE TATT DATO:
INNLAGT I SYKEHUS: JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>		Annen helseinstitusjon/ sykehjem <input type="checkbox"/>
MISTANKE OM IMPORTSMITTE:		
JA <input type="checkbox"/> Land/område:	NEI <input type="checkbox"/>	VET IKKE <input type="checkbox"/>
MISTANKE OM UTBRUDD: JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>		
KLINISK DIAGNOSE:		
KLINISK PRØVE: <input type="checkbox"/>	SCREENINGPRØVE: <input type="checkbox"/>	
Lokalisasjon:	Lokalisasjon:	
BAKTERIESPECIES (Vennligst fyll ut én rekvisisjon pr. isolat):		
PROBLEMSTILLING – HVA ØNSKES UNDERSØKT:		
<input type="checkbox"/> ESBL-CARBA Gram-negativ bakterie. <i>Meropenem</i> MIC/sone mm:		
<input type="checkbox"/> Colistinresistent Gram-negativ bakterie. <i>Colistin</i> MIC:		
<input type="checkbox"/> Linezolidresistent enterokokk. <i>Linezolid</i> MIC/sone mm:		
<input type="checkbox"/> Vancomycinresistent enterokokk. <i>Vancomycin</i> MIC/van-gen:		
<input type="checkbox"/> Tigecyclinresistent enterokokk. <i>Tigecyclin</i> MIC/sone mm:		
<input type="checkbox"/> Annet:		
RELEVANTE RESISTENSFUNN (FENOTYPI/ GENOTYPI):		
VIL ISOLATET BLI HELGENOMSEKVENSTERT AV REKVIRENT? JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>		

Innsending av prøve til adresse:

K-res, Avd. for mikrobiologi og smittevern, Universitetssykehuset Nord-Norge HF,
Sentralt prøvemottak, 9038 Tromsø
Telefon: 77 62 70 32