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

**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**