|  |
| --- |
| **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**