

Rem inrättning klin/avd/mott

**REMISS bröstkirurgiska preparat**
  
 Klinisk patologi, Centralsjukhuset i Karlstad, 010-83 912 00

Patientid

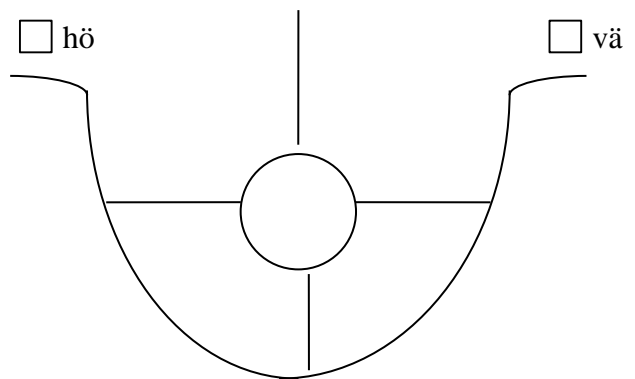
Remissdatum		Remitterande läkare	
-------------	--	---------------------	--

US/P	A	S	Labbnoteringar
F/Sc	UL/E	D	

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Screeningpatient</b>                | <input type="checkbox"/> <b>klinisk patient</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>palpabel förändring</b>             |  |
| storleksbedömning: .....  | <input type="checkbox"/> <b>benign</b><br><input type="checkbox"/> <b>malignitetssuspekt</b><br><input type="checkbox"/> <b>malign</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>mammografi</b> .....                | <input type="checkbox"/> <b>ultraljud</b> .....  |
| storlek .....   | storlek.....   |
| <input type="checkbox"/> <b>preoperativ finnålsbiopsi</b> ..... | <input type="checkbox"/> <b>grovnålsbiopsi</b> .....   |
| <input type="checkbox"/> <b>preparatröntgen</b> .....           |  |
| <input type="checkbox"/> <b>indikator</b>                       |  |

**Typ av kirurgiskt preparat**

- exstirpationsbiopsi
- resektat
- mastektomi
- re-excision
- mastektomi efter tumörexstirpation
- Igl. utrymning
- sentinel node
- Fryssnitt önskas, tel:.....**



**annan väsentlig information** .....

.....

*Inskickandet av remissen bekräftar att provgivaren (alt vårdnadshavare) har fått information om, att provet och tillhörande personuppgifter kan komma att sparas. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till att provet får sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet.*

- Nej, provgivaren samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. En "nej-talong" har skickats in.
- Provgivaren är vid provtillfället oförmögen att fatta samtyckebeslut.

Undersökningens nr

