

# MIKROBIOLOGISKE UNDERSØKELSER

## Pasient

Etternavn: .....  
 Fornavn: .....  
 Bostedskommune: .....  
 Kjønn  K  M  Poliklinisk  Innlagt  
 Fødselsnr./dato: .....

## Rekviert

Sender: .....  
 Adresse: .....  
 Postnr./sted: .....  
**Kopi av svaret sendes til:**  
 .....

**NB!** Prøvetakingsdato: ..... 1. sykdomsdag: ..... Tidligere undersøkt:  Ja  Nei  
 Vaksinekontroll / Immunstatus  Gravid  IVF / Donorutredning<sup>1</sup>

### Prøvemateriale / lokalisasjon:

- |   |   |                                       |   |  |
|---|---|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Serum                    | <input type="checkbox"/> Kateterspiss           | <input type="checkbox"/> Genitalsår   | <input type="checkbox"/> Trakealsekret      | <b>Urin:</b>   |
| <input type="checkbox"/> Plasma                   | type/fra: .....                                 | <input type="checkbox"/> Morsmelk     | <input type="checkbox"/> Bronkialsyllevæske | <input type="checkbox"/> Midtstråle/<br>Engangskateter |
| <input type="checkbox"/> EDTA blod uten gel       | <input type="checkbox"/> Puss/sekret fra: ..... | <input type="checkbox"/> Øye          | <input type="checkbox"/> Hudavskrap (tørt)  | <input type="checkbox"/> Førstestråle                  |
| <input type="checkbox"/> Spinalvæske              | <input type="checkbox"/> Vagina                 | <input type="checkbox"/> Øre          | <input type="checkbox"/> Hår (tørt)         | <input type="checkbox"/> Blærepunksjon                 |
| <input type="checkbox"/> Blodkultur               | <input type="checkbox"/> Cervix/Portio          | <input type="checkbox"/> Hals         | <input type="checkbox"/> Negl (tørt)        | <input type="checkbox"/> Permanentkateter              |
| <input type="checkbox"/> Leddvæske                | <input type="checkbox"/> Uretra                 | <input type="checkbox"/> Nese         | <input type="checkbox"/> Annet: .....       | <input type="checkbox"/> Pose (barn)                   |
| <input type="checkbox"/> Pleuravæske              | <input type="checkbox"/> Rectum                 | <input type="checkbox"/> Nasopharynx  | .....                                       | <input type="checkbox"/> Pose/Bekken                   |
| <input type="checkbox"/> Biopsi fra: .....        | <input type="checkbox"/> Feces                  | <input type="checkbox"/> Sinusaspirat |   | <input type="checkbox"/> Dyppagar                      |
| <input type="checkbox"/> Operasjonssår fra: ..... | <input type="checkbox"/> Perineum               | <input type="checkbox"/> Ekspektorat  |   |  |

### Kliniske opplysninger:

Peroperativ prøve Operasjonsdato: ..... **Utenlandsanamnese (land):** .....

### Antibakteriell behandling:

Planlegges  Pågående  Avsluttet kur Preparat: ..... Dosering: .....

### Ønsket undersøkelse

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bakterie dyrkning         | <input type="checkbox"/> M. pneumoniae DNA                        | <input type="checkbox"/> Enterovirus RNA                  | <b>Antistoff / Antigen i serum / plasma</b> |   |
| <input type="checkbox"/> Sopp dyrkning             | <input type="checkbox"/> B. pertussis DNA                         | <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi DNA         |   | <input type="checkbox"/> Hepatitt C RNA           |
| <input type="checkbox"/> MRSA-screening            | <input type="checkbox"/> Influenzavirus A/B RNA                   | <input type="checkbox"/> Andre flåttbårne agens           |   | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19           |
| <input type="checkbox"/> ESBL-screening            | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 DNA                           | <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis DNA        |   | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr virus       |
| <input type="checkbox"/> VRE-screening             | <input type="checkbox"/> Parainfluenza RNA                        | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium DNA        |   | <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus          |
| <input type="checkbox"/> N.gonorrhoeae resistens   | <input type="checkbox"/> Respiratorisk syncytialt virus (RSV) RNA | <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae DNA        |   | <input type="checkbox"/> HIV 1+2 ag/as            |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokk antigen i urin | <input type="checkbox"/> Metapneumovirus RNA                      | <input type="checkbox"/> Tarmpatogene bakterier/ EHEC DNA |   | <input type="checkbox"/> Hepatitt A-antistoff     |
| <input type="checkbox"/> Legionella antigen i urin | <input type="checkbox"/> Adenovirus DNA                           | <input type="checkbox"/> Tarmpatogene virus DNA           |   | <input type="checkbox"/> Hepatitt Bs-antigen      |
| <input type="checkbox"/> Clostr.diff.toxin         | <input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii DNA               | <input type="checkbox"/> Tarmpatogene parasitter DNA      |   | <input type="checkbox"/> Hepatitt Bs-antistoff    |
| <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori ag    | <input type="checkbox"/> Dermatofytt DNA                          | <input type="checkbox"/> Parasitter mikroskopi (feces)    |   | <input type="checkbox"/> Hepatitt Bc-antistoff    |
| <input type="checkbox"/> M. tuberculosis DNA       | <input type="checkbox"/> Herpes simplex virus 1 og 2 DNA          | <input type="checkbox"/> Annet: .....                     |   | <input type="checkbox"/> Hepatitt C-antistoff     |
| <input type="checkbox"/> C. pneumoniae DNA         | <input type="checkbox"/> Varicella zoster virus DNA               |   |   | <input type="checkbox"/> Streptolysin O antistoff |

### Kun for internt bruk. Skriv ikke her!

Dato: ..... Legens navn: ..... Se baksiden for fotnoter og annen info

**Undersøkelse, Prøvetakning og forsendelse:**

Se Laboratoriehåndboka på [www.labfag.no](http://www.labfag.no)

**Fotnoter**

1. Donorutredning/IVF. Vurder HTLV ut fra donors opprinnelsesland.

**Krav til prøveidentifikasjon og rekvisisjonsutfylling:**

Prøve og rekvisisjon skal merkes med:

Pasientens navn, 11-sifret personnummer og prøvetakningsdato.

Rekvisisjonen skal påføres rekviert (legekontor og lege).

Prøvemateriale, lokalisasjon, ønsket undersøkelse og kliniske opplysninger, inkludert opplysninger om 1. sykdomsdag, er avgjørende for optimal håndtering av prøven.

**Postadresse:**

Avdeling for medisinsk mikrobiologi,

Sørlandet Sykehus HF,

Postboks 416,

4604 Kristiansand