

REKVIRERENDE LABORATORIUM:		TLF:
FØDSELSNUMMER: PASIENTENS NAVN: ADRESSE:		
PRØVE-ID/ DERES REF. NR:		PRØVE TATT DATO:
INNLAGT I SYKEHUS: JA ☐ NEI ☐ Annen helseinstitusjon/ sykehjem ☐		
MISTANKE OM IMPORTSMITTE: JA ☐ Land/region: NEI ☐ UKJENT ☐ MISTANKE OM UTBRUDD: JA ☐ NEI ☐		
KLINISK DIAGNOSE:		
KLINISK PRØVE: ☐		SCREENINGPRØVE: ☐
Lokalisasjon:		Lokalisasjon:
BAKTERIESPECIES (Vennligst fyll ut én rekvisisjon pr. isolat):		
PROBLEMSTILLING – HVA ØNSKES UNDERSØKT: ☐ Karbapenemresistent gram-negativ bakterie. <i>Meropenem MIC/sone mm:</i> ☐ Kolistinresistent gram-negativ bakterie. <i>Kolistin MIC:</i> ☐ Linezolidresistent enterokokk. <i>Linezolid MIC/sone mm:</i> ☐ Vankomycinresistent enterokokk. <i>Vankomycin MIC/van-gen:</i> ☐ Tigesyklinresistent enterokokk. <i>Tigesyklin MIC/sone mm:</i> ☐ Annet:		
RELEVANTE RESISTENSFUNN (FENOTYPI/ GENOTYPI):		
VIL ISOLATET BLI HELGENOMSEKVENST 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

K-res@unn.no