

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

**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