

Navn, CPR-nr.: <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">Placer patientlabel her</div> Anfør hospital og afdeling: Antibiotika før: Antibiotika efter:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Taget af:</td> <td style="width: 25%;">Kl.</td> <td style="width: 50%;">Dato</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Kliniske oplysninger/indikation:</td> </tr> </table>	Taget af:	Kl.	Dato	Kliniske oplysninger/indikation:		
Taget af:	Kl.	Dato					
Kliniske oplysninger/indikation:							

**Inden prøvetagning mærkes prøveglas/rør/dåse med patientens navn og cpr. nr.*
Kun en undersøgelse pr. nødblanket**

Undersøgelse for bakterier og svampe D+R	
<input type="checkbox"/> Bloddyrkning fra:	<input type="checkbox"/> Ventrikelbiopsi for Helicobacter pylori
<input type="checkbox"/> Spinalvæske <input type="checkbox"/> _____ Urin	<input type="checkbox"/> Gonokokdyrkning fra:
<input type="checkbox"/> Ekspektorat <input type="checkbox"/> Bronko-Alveolær-Lavage (BAL)	<input type="checkbox"/> Trakealsekret
<input type="checkbox"/> Podning fra:	<input type="checkbox"/> Væske fra:
<input type="checkbox"/> Dyrkning for gærsvampe fra:	<input type="checkbox"/> Væv fra:
Andre undersøgelser	
<input type="checkbox"/> Chlamydia/GK fra:	<input type="checkbox"/> Atypisk pneumoni
Parasitter	Hudsvampe
<input type="checkbox"/> Malariamikroskopi, udlandsrejse, hvor: _____	<input type="checkbox"/> Hud fra:
<input type="checkbox"/> Denguevirus antigen og antistof	<input type="checkbox"/> Negl fra:
<input type="checkbox"/> Analftryk for børneorm	<input type="checkbox"/> Hår fra:
Diaréudredning indeholder tarmpatogene bakterier, parasitter og vira	
<input type="checkbox"/> Diaré udredning Svar venligst på nedenstående:	
Sygdomsvarighed, angiv antal uger _____	Nej Ja
Rejse uden for Europa? _____	_____ hvor _____
Mere end 3 diarre tilfælde i pt. omgivelser? _____	_____
Er pt. immunsupprimeret? _____	_____
Mistanke om nosokomial infektion? _____	_____
Andet:	
Antistof og antigen undersøgelse	
<input type="checkbox"/> Angiv hvilket agens der ønskes undersøgt	
DNA/RNA undersøgelse: Virus, bakterier og parasitter	
<input type="checkbox"/> Angiv hvilket agens der ønskes undersøgt	

*) Tages flere prøver fra samme patient, mærk da venligst prøveglasset med materiale.