

Navn, CPR-nr.: <div style="text-align: center; color: gray;">Placer patientlabel her</div> Anfør ydernr.:	Taget af:	Kl.	Dato
Antibiotika før: Antibiotika efter:		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"/> Podning fra:	<input type="checkbox"/> Gonokokdyrkning fra:
<input type="checkbox"/> Væske/aspirat fra:	<input type="checkbox"/> _____ Urin
<input type="checkbox"/> Væv fra:	<input type="checkbox"/> Ekspektorat
<input type="checkbox"/> Dyrkning for gærsvampe fra:	
Andre undersøgelser	
<input type="checkbox"/> Chlamydia/GK fra:	<input type="checkbox"/> Chlamydophila/Mycoplasma pneumoniae fra svælg
Parasitter	Hudsvampe
<input type="checkbox"/> Analftryk for børneorm	<input type="checkbox"/> Hud fra:
<input type="checkbox"/> Denguevirus antigen og antistof	<input type="checkbox"/> Negl fra:
	<input type="checkbox"/> Hår fra:
Diaréudredning indeholder tarmpatogene bakterier, parasitter og vira	
<input type="checkbox"/> Diaré udredning	
Svar venligst på nedenstående: Nej Ja	
Sygdomsvarighed, angiv antal uger _____	_____ hvor _____
Rejse uden for Europa? _____	_____
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.