

Patologi och cytologi Dalarna Falu lasarett, 79182 Falun Tel lab 023-49 27 97, sekr 023-49 25 42		Pers.nr	
Från (fullständig adress, klinik, avdelning/mottagning)		Namn	
Tel		Adress	
Svar till		Tel	
Kopia till		Inskickandet av denna remiss bekräftar att <b>patienten</b> (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om –och <b>samtycker till</b> - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till detta.	
Remitterande läkare		<input type="checkbox"/> <b>Nej</b> , patienten <b>samtycker inte</b> till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet <b>Nej-talong bifogas</b>	<input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället <b>oförmögen</b> att lämna samtycke
Sign	Provtagningsdatum	Vg skriv ej i detta fält	
Anamnes, status			
Klinisk diagnos			
Föregående ejakulation, datum	Provtagningsdatum	Klockslag	Provet inkom klockan
<b>Utlåtande</b> (Normalvärde inom parentes):			
Volym mL ( $\geq 1,5$ mL)	Totalt antal miljoner ( $\geq 39$ )	Morfologi %	
Antal miljoner/mL ( $\geq 15$ )	Vita blodkroppar	Abnorma huvuden	
Rörlighet %	Röda blodkroppar	Patologiska mellanstycken	
Totala antalet progressiva/rörliga ( $\geq 40$ %)	Viskositet	Defekta svansar	
Snabbt progressiva	Aggregation	Totala antalet normala ( $\geq 4$ %)	
Långsamt progressiva	Storlek	Sign	
Ej progressiva	Form	LAB:	
		LÄK:	