Fylls i av insändaren

Plats för Folkhälsomyndighetens  
etikett

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Insändande laboratorium: |  | | |
| Isolat: lokalt labnr |  | | |
| Provtagningsdatum |  | Signatur |  |
| Kön | Man | Kvinna | Okänt |
| Ålder i år |  | | |
| Patienten har lämnat ett positivt prov de senaste 8 veckorna | JA | NEJ | |
| Prov inskickat från: | Primärvård | Slutenvård | |

## Provet skickas till

Folkhälsomyndigheten, Provmottagningen, 171 82 Solna.

## För frågor kontakta

Enheten för laborativ bakterieövervakning, tel. 010-205 24 45  
kundtjanst.mikrobiologen@folkhalsomyndigheten.se, tel. 010-205 24 44

## För Folkhälsomyndighetens anteckningar om provet

|  |  |
| --- | --- |
| Växt blodagar, anaerobt |  |
| Växt TCCFA, anaerobt |  |
| Växt blodagar, aerobt |  |
| MALDI-TOF resultat |  |
| Erytromycin, gradienttest |  |
| Klindamycin, gradienttest |  |
| Metronidazol, gradienttest |  |
| Moxifloxacin, gradienttest |  |
| Vankomycin, gradienttest |  |
| Templat/frysdatum |  |
| Frysnummer |  |
| PCR ribotyp |  |