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 |  |