

MUSKELBIOPSI

Rekvirent HPR-nr.

Rekv. lege

Enhet/legekontor

Adresse Tlf.

Postnr. Poststed

HER-id/legekontor

Pasient Plasser pasientetikett innenfor stiplede linje

Fødselsdato Personnummer

Etternavn - fornavn

Adresse

Postnr. Poststed

Kvinne ☐ Mann ☐

Innlagt Ja ☐ Nei ☐

Kopi av svar sendes til HPR-nr.

Legenavn

Avdeling/legekontor

Adresse

Postnr./sted

HER-id/legekontor

Prøvetakingstidspunkt

☐ CITO

☐ CITO, (Myositt)

Telefonnummer rekvirent

Prøven må være levert til Avdeling for patologi, Rikshospitalet innen kl. 14:00 samme dag som prøven er tatt.
Biopsi kan kun leveres virkedager (ikke helg og helligdager).

Kontakt nevropatologisk laboratorium før forsendelse (tlf: 95 30 46 04). Biopsien oppbevares kjølig under transport, men må ikke fryses.
For ytterligere informasjon om muskelbiopsi prøvetaking se: Brukerhåndbok i patologi <https://ous.labfag.no/>

Kliniske opplysninger:

Biopsilokalisasjon:

Muskelgruppe:

Høyre/Venstre:

Kliniske opplysninger (Vennligst legg ved kopi av klinisk journal/epikrise samt funn ved supplerende undersøkelser):

Hereditet: ☐ nei ☐ ja (detaljer)

Symptomdebut: ☐ akutt ☐ subakutt ☐ kronisk

Varighet:

Forløp: ☐ progredierende ☐ stasjonært

Karakteristika (se også baksiden av skjemaet):

☐ generalisert ☐ proksimalt ☐ distalt ☐ overeks. ☐ undereks.

☐ sete ☐ bekken ☐ skulder ☐ ansiktmuskulatur ☐ ptose ☐ bulbært

☐ respirasjonsmuskulatur ☐ kardialt ☐ sentralnervøst

☐

Muskelsmerter: ☐ nei ☐ ja ☐ i hvile ☐ ved belastning

Lokalisasjon:

Videre tilleggsundersøkelser (radiologi, belastningstester):

Medikamenter:

Medikamenter på biopsitidspunkt:

Tidligere administrert statin/steroider (legg inn tidspunkt)

Laboratorieundersøkelser:

CK:

Laktat:

CRP:

SR:

Serologi:

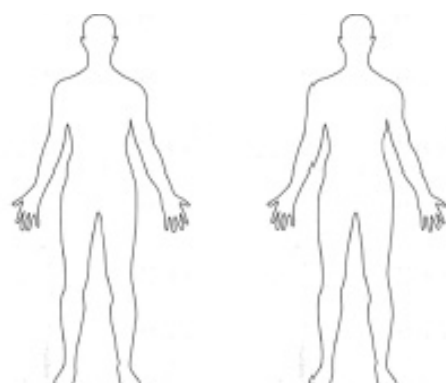
Nevrofysiologi:

EMG:

ENG:

Vennligst marker symptomområder:

Forside **Bakside**



Klinisk problemstilling og diagnose:

PASIENT:

Navn

Fødselsdato Personnummer

Preparatet er lagt i: ☐ Uten tilsetning
☐ Glutaraldehyd
☐ Formalin

Antall beholdere:

Lagt i (dato og kl.):

Kontaktinformasjon til prøvetaker:

Navn

Tlf.:

Sykehus/avdeling: