

Navn:		
CRP.nr.:		
Urin opsamlet dato/kl.?		
Er prøven fra barn på mindre end 15 år, oplys barnets vægt i kg:		
URINPRØVE BEDES INDLEVERET I LÆGEKLINIKKEN SENEST KL. 14.30		
	JA	NEJ
Har urinen været på køl?		
Er det midtstråleurin? (se vejledning på bagside)		
Er urinen opsamlet minimum 2 timer efter seneste vandladning? (se vejledning på bagside)		
Er det kontrol efter endt behandling?		
Hvis ja, er der stadig symptomer?		
Er det urin fra kateter?		
Hvis ja, hvilken type kateter (KAD,RIK,Nefrostomi,Suprapubisk,Bricher...)?		
Hvilke symptomer har du?		
Feber?	Hvis ja, hvad er temperaturen?:	
Akut opståede smerter ved nyre/lænd?		
Smerter ved vandladning?		
Hyppig vandladning?		
Har du udflåd?		
Er der AKUT opstået konfusion? (forvirret)		
Andre oplysninger?		
Er du allergisk overfor penicillin?		
Er du allergisk overfor sulfa?		
Har du menstruation?		
Er du gravid?		
Ammer du?		

Nedenstående udfyldes af lægeklivnikken

Stix	Erythrocytter	
	Glukose	
	Protein	
	Nitrit	
	Leukocytter	

Mikroskopi	Erythrocytter	
	Bakterier	
	Leukocytter	

Dyrkning	Antal bakterier	
	Hvilken type bakterier	

Resistensbestemmelse	Sulfametizol	
	Mecillinam	
	Trimopan	
	Nitrofurantoin	
	Ampicillin	
	Ciprofloxacin	