

Urinundersøgelse for?( f.eks. blærebetændelse, graviditet) \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Cpr \_\_\_\_\_

Tlf. nr. \_\_\_\_\_

Ved evt behandling skal medicin til (apotek, håndkøbsudsalg) \_\_\_\_\_

Allergi? (overfor penicillin eller andet antibiotika) \_\_\_\_\_

Årsag til urinundersøgelse:

Symptomer (sæt kryds)

- feber
- svie og smerter
- hyppige små vandladninger
- synligt blod i urinen
- Andet (beskriv) \_\_\_\_\_

Kontrol urin? ( I givet fald sæt kryds i relevant rubrik)

- Kontrol efter behandling for urinvejsinfektion
- Kontrol under forebyggende behandling

Prøvetagning (sæt kryds)

- Midtstråleurin produceret i lægehuset
- Kateterurin
- Medbragt urin (angiv prøvetagningstidspunkt) kl. \_\_\_\_\_ Opbevaret på køl \_\_\_\_\_

---

Denne del udfyldes af personalet

Resultat af urinundersøgelse

Stix: \_\_\_\_\_

Dyrkning/resistens: \_\_\_\_\_

Undersøgt af (initial for behandler) \_\_\_\_\_

dato \_\_\_\_\_ kl. \_\_\_\_\_