



Ankomstdatum	Dnr
--------------	-----

Fyll i med maskin eller texta tydligt. Undersökningen är avgiftsfri (med undantag av expeditionskostnader).
Observera att det finns ett separat remiss för livsmedelsvirusforskning.

Undersökningen är beställd av	FO-nummer
Adress	Telefon
KUTI-verksamhetsnummer (6 siffror).	
<input type="checkbox"/> Jag vill att testintyget skickas via e-post. I annat fall sänds det per post. E-postadress	
Livsmedelsprovet eller bakteriestammen sänds av (om annan än beställaren)	FO-nummer
Adress	FO-nummer
<input type="checkbox"/> Jag vill att testintyget skickas via e-post. I annat fall sänds det per post. E-postadress	
Ägare/producent etc. av livsmedelsprovet	FO-nummer
Adress	Telefon
<input type="checkbox"/> Jag vill att testintyget skickas via e-post. I annat fall sänds det per post. E-postadress	

<input type="checkbox"/> Misstanke om matförgiftningsepidemi	Anmälan om misstanke nr
<input type="checkbox"/> Misstanke om matförgiftning	Antalet insjukna:
Symptomen och/eller kontaktpersonens uppgifter (viktigt att veta för att kunna välja de rätta undersökningarna):	
Övrig bakgrundsinformation gällande hela försändelsen (prov/stamspecifik tilläggsinformation i bilaga):	

ÖNSKAD UNDERSÖKNING

<input type="checkbox"/> Identifiering	<input type="checkbox"/> Genotypning	<input type="checkbox"/> Påvisning av <i>C. perfringens</i> toxigen
<input type="checkbox"/> Serotypning	<input type="checkbox"/> Enterotoxiner, <i>B. cereus</i>	<input type="checkbox"/> Undersökningar enligt Livsmedelsverket prövning
<input type="checkbox"/> Biotypning (<i>Yersinia</i>)	<input type="checkbox"/> Enterotoxiner, <i>S. aureus</i>	
Annan:		

Proven kan undersökas även på andra sätt än de beställaren bett om. Dessa undersökningar debiteras inte av beställaren. Livsmedelsverket förbehåller sig undersökningsresultatens publiceringsrätt. Resultaten kan publiceras i rapporter och statistiskt material i såväl inhemska som internationella vetenskapliga publikationer.



ANALYSINTYGET SKICKAS UTÖVER DET OVANSTÅENDE

För information	FO-nummer
Adress	Telefon
<input type="checkbox"/> Jag vill att testintyget skickas via e-post. I annat fall sänds det per post. E-postadress	

SVAR ÖNSKAS UTÖVER ANALYSINTYGET (I BRÅDSKANDE FALL)

<input type="checkbox"/> E-postadress:
<input type="checkbox"/> Per telefo. till numret:

Datum	Underskrift och namnförtydligande	E-postadress
--------------	--	---------------------



Dnro

Fyll i med maskin eller texta tydligt i tillämpliga delar

BAKTERIESTAMMAR:

Identifikation	Mikrobart	Undersöknings metod	Undersökningen påbörjades	Halt Pmy/g//ml	Provet (och satsen) som stammen har isolerats från	Producent	Provtagnings-ställe	Ursprungsland	Nödvändiga tilläggsuppgifter *)

*) T.ex. förpackningsdatum, bäst före –datum, förvaringspraxis före försändelsen

LIVSMEDELS- ELLER RENHETSPROVER:

Identifikation	Livsmedelsprov (kvalitet, handelsnamn)	Renhetsprov, provtagnings-objekt	Provet emottagits i laboratoriet	Undersökningen påbörjades	Producent	Tillverknings-sats, tillverknings-datum	Sista användningsdag /bäst före – datum	Ursprungsland	Nödvändiga tilläggsuppgifter **)

***) T.ex. provtagningsställe, förvaringspraxis före försändelsen