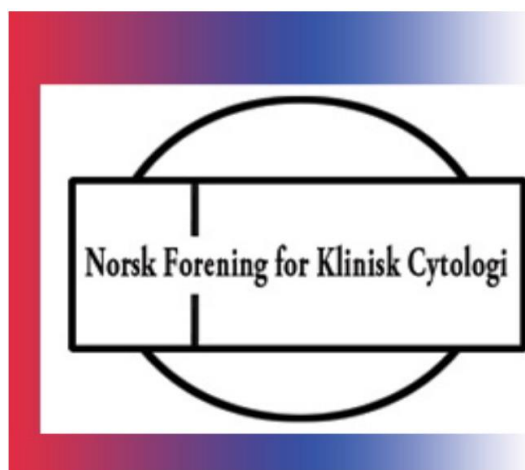




Årsmøte 25.-26.januar 2018





Velkommen til årsmøte 2018 i Norsk forening for klinisk cytologi med varierende temaer.

Årsmøtet 2018 har et rikholdig program. I fjor var hovedtema urincytologi, og vi vil i år ta opp denne tråden. Dr. Richard Doughty (Ahus) er hovedforeleser og vil gi os en innføring i Paris klassifikasjonen.

Vi vil også ha innlegg om EUS og om tumor på halsen, temaer flere deltagere har etterspurt.

Innføring av nytt program for screening etter livmorhalskreft engasjerer mange og Krefregisteret vil oppdatere oss.

I år har det vært stor aktivitet blant flere deltagere og det er en rekke innsendte spennende kasustikker og frie foredrag.

Vi ser fremt til et faglig sterkt, hyggelig og sosialt seminar.

For styret i NFKC

Sveinung Wergeland Sørbye
Leder

Program

Torsdag 25. januar

09.45: Avreise buss fra Oslo lufthavn, Gardermoen

10.00 - 11.15: Ankomst og registrering (med lett servering)

11.15 – 11.25: Velkommen og presentasjon av utstillere

11.25 - 12.30: Kreftregisteret

Gry Skare: 11.25 -11.45

Birgit Engesæter 11.45-12.15

Kathrine Lie 12.15-12.30

12.30 – 13.30: Lunsj

13.30 – 13.45: Oppdatert kvalitetsmanual i livmorhalsscreening høsten 2017 (Jannicke Berland, Stavanger).

13.50 – 15.20: Paris klassifikasjonen (Richard Doughty, Ahus)

15.20 – 15.35: Pause

15.35– 16.00: EUS – lærerike diagnostiske eksempler (Jon Lømo, Ous)

16.00 – 16.15: Benstrekk

16.15: Årsmøte med valg

19.00: Aperitiff

20.00: Middag

Fredag 26. januar

09.15 – 10.15: Tumor på halsen - lærerike diagnostiske eksempler (Sørbye, Haugland, Lund-Iversen)

10.15 – 10.30: Pause

10.30 – 10.45: Urotelialt karsinom – molekylærbiologiske aspekter. Christina Bang (OUS)

10.45 - 11.00: Diagnostic audit of cervical specimens. Torill Sauer (Ahus)

11.00 – 11.15: Evaluering av CK 20 immuncytokjemi på urincytospin ved diagnostisering av urotelial kreft. Inger Hjersing (OUS)

11.15 – 11.30: The added value of rescreening cytology normal samples with positive 3-type HPV mRNA test for the detection of CIN 2+ in primary. Camilla Jøsok Nybø (Ålesund).

11.30 – 13.00: Lunsj

13.00 – 13.10: Pavla Sustova (St.Olavs hospital)

13.10 – 13.20: Ann-Christin Røberg Beitnes (Ahus)

13.25 – 13.35: Irene Furu (OUS)

13.35 – 13.45: Camilla Jøsok Nybø (Ålesund)

13.45 – 13.55: Benedicte Adams (OUS)

14.00 – 14.10: Ann Helen Sørli Fredheim (Ahus)

14.10 – 14.30: Pause

14.30 – 15.00: Prisutdeling og avslutning

15.30: Avreise buss til Gardermoen

Deltakere

PreTect

Siri Hovland
Bente Marie Falang

Puls

Gøran Lysø-Jacobsen

Roche

Toril Larsen Sæther
Else Hvattum
Tove Ofstad
Venke Aune-Jensen

Inter Instrument

Tom Ask

Montebello Diagnostics

Lene Hult
Bitte Stenvik

Høgskolen i Oslo og Akershus

Kirsten Østbye

Kreftregisteret

Amelie Tropé
Agnes Kathrine Lie
Birgit Engesater
Gry Skare

Ålesund

Nancy K Aakre Schjelderup
Camilla Jøsok Nybø

Fürst

Flory Mette Schubert
Kari Moi
Shirin Azizi
Anne-Mari Holck.
Grethe Schwensen
Trude Kjemperud Jensen

Sørlandet

Marit Kalvik
Anita Vasland

Molde

Tove Gimse
Elin Nilssen

SØ

Esmeralda Johansson
Jan Eddie Linnom
Torbjørn Svenson
Sheruan Hardy
Bendik Sundrehagen

Unilabs

Taslim A. Mirza
Dejan Zaric

Innlandet

Rita Vangen
Ragnhild Liven
Gro Kvam
Isabelle Diem Ta
Live Dalen Hestnes
Rune Waalen
Line Aas Sandes

OUS

Jon Lømo
Inger Hjersing
Irene Furu
Marit Ruud
Marit Myrtvedt
Benedicte E. Adams
Christina Bang
Ying Chen
Øystein Garred

Helse Stavanger HF

Claudia Zaharia
May-Lis Kjellesvik
Britt Mona Dybdahl
Jannicke Mohr Berland

Sykehuset Vestfold

Anne Fosaas
Raja Levorsen
Justina Matilde Iversen

St. Olavs

Tora Almås
Elena Berggren
Maj Liv Eide
Pavla Sustova
Stig Tore Tømmerås

Sykehuset Buskerud	Majid Salarinejad
Bodø	Maarit M-L Svensson
	Mikkel Fostervold
	Dat Tan Nguyen
	Hege Brå
AHUS	
	Torill Sauer
	Ann Helen Sørliie Fredheim
	Katrine Høeg Liland
	Richard Doughty
	Unni Westerhagen
	Ann Christin Røberg Beitnes
Haukeland	
Tromsø	Lars Helgeland
	Anne Skarshaug
	Liv Hanssen
	Trine Tollefsen
	Anita Hansen
Styret	
	Sveinung Wergeland Sørbye
	Hans Kristian Haugland
	Marius Lund-Iversen
	Anna Wittersø
	Marzena Johansson

DIAGNOSTIC AUDIT OF CERVICAL SPECIMENS FROM WOMEN DIAGNOSED WITH INVASIVE CARCINOMA – EXPERIENCE FROM 3 YEARS OF AUDIT IN A LARGE-VOLUME UNIVERSITY HOSPITAL IN NORWAY

Bente Ekeberg, Mette K. Pedersen, Ying Chen, Torill Sauer

Avdeling for patologi, Ahus

Background: About 300 women are diagnosed with cervical carcinoma each year. About 25 % of these have participated in regular 3-yr screening without significant findings. The Norwegian Cancer Registry (NCR) decided 2014 that all cytology laboratories should do an annual audit of previous slides in these cases. Our laboratory thus performed audit for the years 2013, 2014 and 2015. The aim of this study was to review all cervical specimens taken up to 5 yrs prior to the diagnosis of invasive carcinoma: normal, unsatisfactory, ASC-US and LSIL.

Materials and methods: 22 women (30-85 yrs); 4 diagnosed with invasive carcinoma of the cervix in 2013 (5 slides), 7 in 2014 (8 slides) and 11 in 2015 (14 slides). There were 12 squamous cell carcinomas, 9 adenocarcinomas, 1 mixed adenocarcinoma/scc and 1 neuroendocrine carcinoma. Previous slides from all women as well as matching negative, archive controls were reviewed. All slides were blinded and reviewed individually and independently by all cytoscreeners (7) and cytopathologists (5) in the department. The audit slides were then discussed around a multi-headed microscope and a consensus diagnosis was reached in each case. The results were sent to the NCR.

Results: There were 27 slides from 22 women. The original cytological diagnoses were: normal (=22), normal without endocervical cells (=2), unsatisfactory (=1), LSIL (=1) and ASC-US (=1). After consensus microscopy 14 women (64 %)(19 slides) had their diagnosis revised (3 HSIL, 2 ASC-H, 1 SCC, 3 AGUS, 1 ACIS, 1 LSIL and 3 ASC-US, that is 10/14

diagnoses (71,4 %) were upgraded to diagnoses where biopsy confirmation was recommended. Adenocarcinomas were overrepresented (9/23 = 39 %).

Conclusion: Unusual subtypes of carcinomas are often missed, partly because we are not familiar with the criteria. Scanty abnormal cells, misinterpretation of criteria (look-alikes), cell poor slides and poor technical quality (conventional smears) are other major factors. National audit should serve as a learning tool in the cytological laboratories and as surveillance of diagnostic quality on a national level.

Revurdering resultater

Diagnose etter konsensus	2013	2014	2015
	4 kvinner; 5 utstryk	7 kvinner; 8 utstryk	11 kvinner; 14 utstryk
normal		2 (samme kvinne)	4
normal uten sylinderepitel			2*
ASC-US		3	
LSIL			2 (samme kvinne)
AGUS	1	1	4 (2 fra samme kvinne)
ACIS	1		
ASC-H			2*
HSIL	2 (samme kvinne)	2	
SCC	1		

*en kvinne med to prøver: en ble diagnostisert som normal uten sylinder og en som ASC-H

THE ADDED VALUE OF RESCREENING CYTOLOGY NORMAL SAMPLES WITH POSITIVE 3-TYPE HPV MRNA TEST FOR THE DETECTION OF CIN2+ IN PRIMARY SCREENING

Nybø CJ¹, Westre B¹, Giske A¹, Guttormsen H¹, Sørbye SW², Skjeldestad FE³

¹Department of Pathology, Ålesund Hospital, Møre and Romsdal Health Trust, Ålesund, Norway, ²Department of Pathology, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway, ³Institute of Clinical Medicine, University of Tromsø, Norway.

Objectives. To estimate the increased detection rate of CIN2+ in women with normal Pap-smears by rescreening Pap-smears from 3-type HPV mRNA positive samples.

Methods. From April 4th, 2013, the Department of Pathology, Ålesund Hospital, introduced a study by rescreening all normal Pap-smears that had a positive 3-type HPV mRNA test (types 16, 18 and 45); PreTect SEE (PreTect AS, Klokkearstua Norway) in women younger than 40 years. Within the SymPathy database, a study population of 4 366 women aged 23–39 years with no prior history of HSIL/CIN1+ was established.

Results. 33% of women with normal cytology were tested via HPV mRNA (1444/4366), and 27 samples were positive (1.9%). After re-evaluation of the index cytology and subsequent follow-up smears, 21 women had colposcopy, resulting in 6 diagnoses of normal biopsies, 7 CIN1 and 8 CIN2+. The detection rate of CIN2+ among rescreened normal Pap-smears with biopsy was 32% (8/25) which equals 0.55% (95% CI: 0.17-0.94) of all women with HPV mRNA test. In the ASC-US+ arm (n=515), 102 CIN2+ were detected. If we apply the CIN2+ detection rate among cytology normal with HPV mRNA test (0.55%) to the arm of women with normal cytology without HPV testing, an increase in CIN2+ detection of 20.9 % (95% CI: 20.2-21.6%) was estimated.

Conclusions. By testing all women with normal cytology with a specific 3-type HPV mRNA test, a significant increase in screening program sensitivity can be achieved. The volume of rescreened smears (1.9%) is very low. In addition, the study adds quality to educating the screeners by rescreening presumably false negative Pap-smears.

Evaluering av CK 20 immuncytokjemi på urincytospin ved diagnostisering av urotelial kreft

Monika R. Osazuwa, Inger Hjersing og Aasmund Berner

Introduksjon: Urotelial kreft finnes i urinblære, ureteres og nyrebekken. Kreftformen er ofte heterogen og multifokal. Residiv etter behandling er vanlig. Forekomst av atypiske celler i urin kan være sporadisk hvorfor vi rutinemessig anbefaler serier på 3 urinprøver. Tradisjonell urincytologi er best egnet til å diagnostisere høygradig malign kreft, og har lav spesifisitet ved diagnostisering av lavgradig kreft. CK 20 finnes normalt bare i overflateepitel/paraplyceller. Funn av CK20 i umodne eller atypiske celler er ofte forbundet med karsinoma in situ eller etablert kreft i overgangsepitel.

Materiale: 60 urinprøver fra 51 pasienter ble undersøkt med pap. farget cytospin og immuncytokjemi med CK20 kombinert med alkalisk fosfatase ble benyttet.

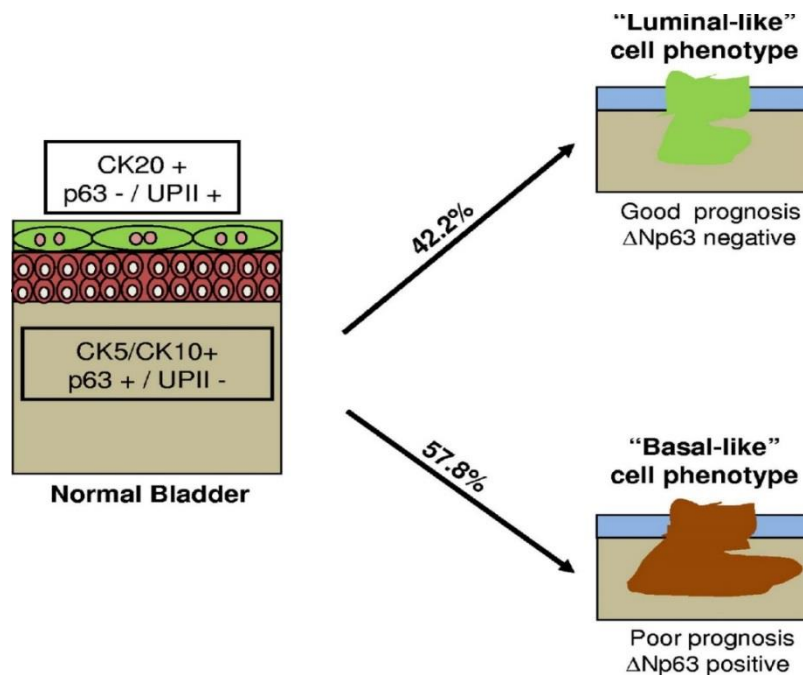
Resultat: Av 17 normale cytprøver var 15 CK20 negative, 1 usikker og 1 positiv fra pasient under behandling med BCG for høygradig karsinom. Av 11 og 20 reaktive eller irregulære/atypiske var 6 og 7 CK20 positive for CK20. Alle atypiske urinprøver var CK20 pos.

Konklusjon: Urincytologi har tradisjonelt lav sensitivitet ved diagnostisering av spesielt lavgradig blærekreft. Fordi svulstene ofte er multifokale og heterogene vil CK 20 være et kostnadseffektivt hjelpemiddel ved diagnostisering og oppfølging av urogenital kreft.

UROTELIALT KARSINOM: MOLEKYLÆRBIOLOGISKE ASPEKTER

Foredrag av Christina Bang, lege, Oslo Universitetssykehus

Histopatologiske og molekylære studier har vist at urotelialt karsinom kan følge to morfologiske og molekylære hovedveier: Den mest vanlige gruppen (80%) av uroteliale karsinomer er vist å utvikle seg via hyperplasi til lavgradig urotelialt karsinom. En mindre andel av de uroteliale karsinomene er vist å utvikle seg via dysplasi og CIS til høygradig urotelialt karsinom. Activating fibroblast growth factor receptor 3 (FGFR3)-mutasjoner er detektert i 70-80 % av noninvasive uroteliale karsinomer sammenlignet med 10-20 % av invasive tumores. Invasive uroteliale karsinomer involverer derimot som oftest såkalte «tumor suppressor genes». Nyere forskningsgrupper har bygget videre på denne modellen, men mye forskning gjenstår. Når det gjelder de muskelinvasive uroteliale karsinomene foregår det nå intens forskning for å subtype disse. En fellesnevner er at lesjonene kan deles inn i en luminal og en basal type basert på ekspresjonsprofiler av luminal og basale markører undersøkt på ferskt frosset vev fra blæretumores. Denne modellen har en slående likhet med lignende modeller i brystkreft.



Oppdatert Kvalitetsmanual i Livmorhalscreening høsten 2017

Jannicke Berland, avtroppende NFKC representant gjennom 8 år i Rådgivningsgruppen

Blant oppgavene medlemmene i Rådgivningsgruppen mot livmorhalskreft har, er oppdatering av Kvalitetsmanualen, opprinnelig og i hht. mandat hvert 5. år. Tidligere har Kvalitetsmanualen blitt trykket, men nå utgis den elektronisk med mulighet for oppdatering av enkeltkapitler.

Undertegnede har særlig vært involvert i bl.a. kapittel 6 og 8, spesielt sistnevnte.

<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Helsepersonell/Faglig-Radgivningsgruppe/kvalitetsmanual2/8.-klassifikasjon-cytologi-histologi-og-hpv-tester/>

Kapittel 8 omfatter oppdatert innhold i forhold til cytologiske kriterier, med utgangspunkt i siste versjon av Bethesda (The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology, 3. edition, 2015). Dessuten er de nye NORPAT-kodene og WHO`s klassifikasjon av histologiske cervix-entiteter integrert i kapittelet.

Det vil gis en omtale, med tidlige erfaringer fra SUS med implementering av NORPAT-koder i Unilab, det felles datasystemet mellom Gades og SUS.

Følgende liste er ment som en hjelp til å vurdere hva som kan inkluderes i HPV-test på klinisk indikasjon.

1. Oppfølging etter konisering, «test of cure» (se Gynveileder)
2. Oppfølging av kvinner med negativ biopsi (se Gynveileder)
3. Avklaring av kvinner med gjentatt uegnet celleprøve
4. Oppfølging av kvinner som er anbefalt biopsi, men der biopsi ikke er utført
5. Oppfølging av kvinner med histologisk bekreftet CIN2+ men som ikke er behandlet
6. Oppfølging av kvinner der siste unormale celleprøve ikke er blitt HPV-testet
7. Oppfølging av kvinner der siste unormale celleprøve viste behov for HPV-test der HPV-test ikke er utført
8. Oppfølging av kvinner med tidligere positiv HPV-test som ikke er fulgt opp til HPV-test er negativ

Problemstillinger der indikasjon for HPV-test kan diskuteres

Kvinner med kliniske funn, blødning eller andre tilstander som utløser rutinemessig rescreening av celleprøven kan være aktuelle for HPV-testing. Dersom rekvirent har bedt om HPV-test i slike tilfeller, bør laboratoriet ha lav terskel for å utføre HPV-test. Ved klinisk synlig tumor bør det tas biopsi også ved normal celleprøve og negativ HPV-test. Ved cytologiske forandringer i sylinderepitelet (AGUS / ACIS / adenocarcinom) kan HPV-test være et hjelpemiddel i tillegg til cervixutskrap/biopsi for å sannsynliggjøre utgangspunkt i cervix (HPV positiv) eller endometriet (HPV negativ).

Problemstillinger som i utgangspunktet ikke gir indikasjon for HPV-test

Noen klinikere ber om HPV-test ved opplysninger om hyppig partnerbytte, ved utro partner, påviste kjønnsvorter (kondylomer), ved annen påvist kjønnssykdom, ved voldtekt, seksuelle overgrep, engstelige pasienter, hos pasienter som ønsker å ta HPV-vaksine og andre forhold. Det er først og fremst kvinner der risiko for høygradige celleforandringer og kreft vurderes som forhøyet ut fra tidligere prøvehistorikk, tidligere behandling eller annen tilgjengelig informasjon som har klinisk indikasjon for HPV-test.

Rekvirent bør ha en god begrunnelse for ønske om HPV-test på klinisk indikasjon. I noen tilfeller er det nødvendig at patolog og gynekolog diskuterer det enkelte kasus.



Årsmelding 2017

Styret i NFKC har i 2017 bestått av:

Leder:	Sveinung Wergeland Sørbye	Universitetssykehuset i Nord-Norge
Nestleder:	Hans Kristian Haugland	Haukeland universitetssykehus
Styremedlem:	Marius Lund-Iversen	Oslo universitetssykehus
Sekretær:	Anna Wittersø	Akershus universitetssykehus
Kasserer:	Marzena Johansson	Sykehuset Østfold

Valgkomiteen har bestått av:

Ying Chen, leder	AHUS / OUS
Lotte Gundersen	Sykehuset Østfold
Tove Lisæth	Haukeland universitetssykehus

Det er i 2017 blitt avholdt 3 styremøter.

For styret går det meste av tiden på styremøtene til å forberede årsmøtet, så også i 2017. Vi har i 2016 og 2017 hatt årsmøte på Sundvolden hotell, hvor vi også er i 2018.

Hovedtema på årsmøtet 2017 var urincytologi. Professor Syed Z. Ali fra Johns Hopkins Hospital i Baltimore, USA, var hoved foreleser. Dr. Ali er en svært kjent foreleser, kursholder og forfatter av lærebøker innen cytologi. Han var en av hovedforfatterne bak Bethesda klassifikasjonen for thyroideacytologi. Ali besøkte Norge sist på Årsmøtet i 2009. I tillegg til urincytologi foreleste han om pancreas- og thyroideacytologi inkludert oppdateringer av Bethesda systemet for thyroideacytologi.

Evalueringen etter årsmøtet 2017 viser at de fleste er fornøyde med arrangementet, men med litt lavere score enn i 2016. Totalt sett er deltakerne fornøyde med valg av kurssted (Sundvolden Hotel), tidspunkt for kurset (torsdag/fredag), hoved foreleserne, presentasjonene til Kreftregisteret, frie foredrag og kaspresentasjoner. Noen få lengter tilbake til Radisson BLU siden dette er enklere for de som skal fly.

Av faglige saker styret har arbeidet med har det stort sett vært rettet mot cervix-cytologi. Rådgivningsgruppen og Styringsgruppen støtter de fleste av anbefalingene fra NFKC når det gjelder HPV-test på klinisk indikasjon. Med tanke på HPV-test ved uegnet celleprøve, anbefaler Rådgivningsgruppen at dette ikke gjøres ved første uegnede celleprøve, men de anbefaler HPV-test ved andre uegnede celleprøve. HPV 16/18 genotyping vil bli innarbeidet i oppdatert algoritme for HPV-test ved ASC-US / LSIL og ved HPV-test i primærscreening slik at kvinner med ASC-US / LSIL og HPV type 16/18 skal utredes med kolposkopi/biopsi umiddelbart i stedet for å vente i 12 måneder.

Det skjer mye når det gjelder endringer i screeningprogrammet. De fire forsøksfylkene er nå snart ferdig med perioden med randomisering, der halvparten av kvinner i alderen 34-69 år får celleprøve hvert tredje år og halvparten får HPV-test hvert femte år. Kvinner i cytologiarmen skal ikke komme tilbake til ny cytologi etter tre år, men få HPV-test.

Fra 1. januar 2019 skal HPV-test i primærscreening innføres gradvis over hele landet med full implementering fra 1. januar 2022. Helsedirektoratet har anbefalt sentralisering av screeningen siden det på sikt er forventet reduksjon i antall prøver som skal vurderes i mikroskop, men det er usikkert om sentralisering bør gjennomføres før antall prøver faktisk er blitt redusert.

Det ble i 2017 utgitt ett nummer av vårt meldingsblad Norcyt som omhandlet Paris-systemet for rapportering av urincytolog, referater fra stipendmottakere Raja Levorsen (SIV) og Tone Døssland (SSH), som var på Vår møte i Klinisk patologi i Malmø (Raja) og på EFCS' Tutorial 2017 i Gøteborg (Tone).

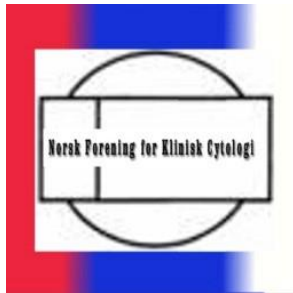
De fleste cytologilaboratorier har nå tatt i bruk Bethesda klassifikasjon av thyreoidea. Vi ønsker nå at laboratoriene skal ta i bruk Paris klassifikasjon av urincytologi.

NFKCs representant i Rådgivningsgruppen for Livmorhalsprogrammet: Jannicke Berland (Pavla Sustova, St.Olavs hospital overtar fra 2018).

NFKCs representant i EFCS Cytopathology Editorial Board: Torill Sauer

NFKCs representant i International Academy of Cytology (IAC) – Acta Cytologica: Ben Davidson

Norsk representant og leder i EACC: Maj Liv Eide (Mette Kristin Pedersen overtar fra 2018)



Årsmøte i NFKC 2018

Dagsorden:

- Godkjenning av møteinnkalling og dagsorden
- Valg av referent og to personer til å skrive under årsmøtoreferatet
- Styrets Årsmelding for 2017
- Regnskap 2017 og budsjett 2018
- Innmeldte saker til årsmøtet
 - Det er kommet ønske om at vi også har stipend for LIS-leger. Skal vi opprette eget stipend for LIS-er, ev endre hvem som kan søke på eksisterende stipend-ordning?
- Informasjon fra Rådgivningsgruppa, EFCS og EACC
- Valg

Resultatrapport

	Regnskap			Forslag	
	2017	2016	budsjett 2017	budsjett 2018	
Inntekter					
Medlemskontingent	kr 54 400	kr 58 550	kr 45 000	kr 50 000	
ÅrsmOvernatting/mat	kr 217 520	kr 179 575	kr 130 000	kr 170 000	
Kurs	kr 101 460	kr 84 000	kr 80 000	kr 90 000	
Utstillere	kr 77 380	kr 56 945	kr 55 000	kr 70 000	
Sum årsmøte	kr 396 360	kr 320 520	kr 265 000	kr 330 000	
Andre inntekter					
Sum driftsinntekter	kr 450 760	kr 379 070	kr 310 000	kr 380 000	
Kostnader					
Kostnader styremøter	kr 13 541	kr 11 468	kr 20 000	kr 20 000	
Kostnader årsmøte	kr 298 300	kr 261 930	kr 250 000	kr 290 000	
Stipender	kr 10 000	kr 10 000	kr 10 000	kr 10 000	
Medlemskont. EFCS	kr 4 673	kr 4 740	kr 4 000	kr 4 000	
Div kostnader og represe	kr 550	kr 10 802	kr 10 000	kr 10 000	
Sum driftskostnader	kr 327 064	kr 298 939	kr 294 000	kr 334 000	
Driftsresultat	kr 123 696	kr 80 131	kr 16 000	kr 46 000	
Renteinntekter	kr 1 917	kr 2 235	kr 2 000	kr 2 000	
Finanskostnader og tap					
Årsresultat	125 613	82 366	18 000	48 000	

Balanse

Eiendeler	2017	2016
Kundefordringer	kr -	kr -
Andre periodiseringer		
Bankinnskudd bruk	kr 540 764	kr 513 889
Bankinnskudd spare	kr 306 195	kr 304 671
Sum eiendeler	kr 846 959	kr 818 560
Egenkapital og gjeld		
Egenkapital	kr 664 924	kr 539 310
forskudd medlkont (2018)	kr 6 000	kr 5 200
forskudd årsmøte overn/mat	kr 78 545	kr 154 110
forskudd årsmøte kurs	kr 33 200	kr 67 360
forskudd årsmøte utstillere	kr 64 290	kr 52 580
Sum egenkapital og gjeld	kr 846 959	kr 818 560

En stor takk til
Lasse Walseth
som har bistått med
regnskapet





puls
et selskap i handicare



125

Montebello Diagnostics AS

Vårt servicepersonell har lang erfaring innen service og instrumentering.

The banner features a background image of a microscope and a red and white geometric pattern on the left. The number '125' is positioned in the top right corner of the banner.

