



ПОРЪЧКА ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ

От Лекар:		Пациент:								
Отделение:		Шифър:		ЕГН						
Здравно заведение:		Пол:	М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		Ръст(см):	Тегло(кг):				

Попълнете вземане на материал

Дата: _____

Час: _____

Моля, отбележете лекарствата, които искате да бъдат изследвани!

<input type="checkbox"/> Амикацин* (AMIC)	<input type="checkbox"/> Етосукцимид (ESM)	<input type="checkbox"/> Сиролимус (SRLM)
<input type="checkbox"/> Валпроева киселина (VPA)	<input type="checkbox"/> Карбамазепин (CBZ)	<input type="checkbox"/> Такролимус (TCLM)
<input type="checkbox"/> Ванкомицин* (VANC)	<input type="checkbox"/> Кофеин* (CAF)	<input type="checkbox"/> Теофилин* (THEO)
<input type="checkbox"/> Гентамицин* (GENT)	<input type="checkbox"/> Ламотригин (LTG)	<input type="checkbox"/> Топирамат* (TPM)
<input type="checkbox"/> Дигоксин* (DGX)	<input type="checkbox"/> Леветирацетам (LEVE)	<input type="checkbox"/> Фенобарбитал (PB)
<input type="checkbox"/> Фенитоин (PT)	<input type="checkbox"/> Метотрексат* (MTX)	<input type="checkbox"/> Циклоспорин (CSA)
<input type="checkbox"/> Еверолимус (ERLM)	<input type="checkbox"/> Монохидроксикарбазепин (ОНСВЗ)	<input type="checkbox"/> Друго:.....

*Изследват се при наличие на реактиви в лабораторията – моля позвънете предварително.

Основание за изследване:			
<input type="checkbox"/> Терапевтичен контрол	<input type="checkbox"/> Токсичност	<input type="checkbox"/> Нередовен прием	<input type="checkbox"/> Друго:
Диагноза:			
Други приемани лекарства:			

Попълнете фармакокинетични данни за определяните лекарства:

Лекарство	Начало на лечение - дата	Доза	Дозов интервал	Последен прием		Резултат	Единици	Терапевтична област
				Дата	Час			

Коментар и препоръки:

Изследвал: _____

Началник лаборатория: _____

Моля, попълвайте точно и четливо всички данни! Липсата на данни прави невъзможно даването на правилна препоръка.