

 Centrální laboratoř Oddělení laboratorního komplementu J. E. Purkyně 270, 434 64, Most, www.kzcr.eu tel.: 478 033 640, mob.: 733 782 948, fax.: 478 033 661	Záznamy laboratoře	Žadatel (razítko, vč. IČP, jméno lékaře, podpis)
--	--------------------	--

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ
(TERAPEUTICKÉ MONITOROVÁNÍ LÉČIV)

Jméno a příjmení:				Datum a čas odběru:	
ID:		Datum narození:		Materiál:	STATIM: ano / ne
Pojišťovna:		Pohlaví:		Do laboratoře doručeno:	
Dg.:	Ost. Dg:	Kontakt:		Přijal(a):	
Léky			Medikace		
Antibiotika	Antiepileptika	Název přípravku	Dávkování	Poslední dávka stanoveného léku (hodina/den)	
<input type="checkbox"/> Amikacin	<input type="checkbox"/> Fenobarbital				
<input type="checkbox"/> Gentamicin	<input type="checkbox"/> Fenytoin				
<input type="checkbox"/> Tobramycin	<input type="checkbox"/> Karbamazepin				
<input type="checkbox"/> Vankomycin	<input type="checkbox"/> Kyselina valproová				
<input type="checkbox"/> Ostatní	<input type="checkbox"/> Lamotrigin				
<input type="checkbox"/> Digoxin	<input type="checkbox"/> Levetiracetam				
<input type="checkbox"/> Lithium	<input type="checkbox"/> Topiramát				
<input type="checkbox"/> Theofylin	<input type="checkbox"/> Zonisamid				
<input type="checkbox"/> Paracetamol					
Jiná vyšetření, poznámky:					