



Nr pacjenta:

Jednostka zlecająca / miejsce przesłania wyniku lub sprawozdania dnia
Instytut - Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka ZAKŁAD BIOCHEMII KLINICZNEJ PRACOWNIA TERAPII MONITOROWANEJ, FARMAKOKINETYKI KLINICZNEJ I TOKSYKOLOGII 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20 Tel. 22 815-16-40, fax. 22 815 13-13 e-mail: zaklad.biochemia@ipczd.pl 000000018625-121-658-7100 REGON: 000557961 NIP: 952-11-43-675	

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO

Nazwisko i imię:	Płeć:	Wiek:	Nr kartoteki:
PESEL:	Data urodzenia:	Adres zamieszkania / Oddział szpitalny:	

Numer PESEL* - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka- numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego nr PESEL - rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Nazwisko i Imię opiekuna prawnego:			
Adres zamieszkania opiekuna:			
Data i godzina zlecenia:	Zlecono na:	Priorytet: JAK PONIŻEJ	
Badanie	Data i godzina pobrania i przekazania do transportu	Imię i Nazwisko osoby pobierającej materiał	Numer próbek
JAK PONIŻEJ			JAK PONIŻEJ
Czy próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi?			TAK/NIE

Istotne dane kliniczne:

LISTA BADAŃ						
wybrane badania zaznaczyć X uwzględniając tryb wykonania badania (zwykły / cito)						
Zwykły	Cito			Zwykły	Cito	
		LEKI IMMUNOSUPRESYJNE (krew pełna EDTA)		LEKI IMMUNOSUPRESYJNE AUC (krew pełna EDTA)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cyklosporyna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tacrolimus (Prograf)				tacrolimus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sirolimus (rapamycyna)				<input type="checkbox"/> 0h <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> AUC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	everolimus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kwas mykofenolowy (Cell-Cept)				kwas mykofenolowy (Cell-Cept)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6-thioguanina				<input type="checkbox"/> 0h <input type="checkbox"/> 0,5h <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 1,5h <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> AUC
LEKI PRZECIWPADACZKOWE (surowica/ osocze EDTA)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	karbamazepina	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	etosuksymid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	klonazepam	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fenobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kwas walproinowy	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fenytoina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lamotrygina	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fenytoina- wolna frakcja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	okskabazepina (aktywny metabolit)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lamotrygina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	thiopental	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lewetiracetam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sultiam	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nitrazepam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zonisamid	
LEKI KARDIOLOGICZNE (surowica/ osocze EDTA)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	amiodaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lidokaina	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	digoksyna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meksyletyna	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	flekainid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	propafenon	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kofeina				

LEKI PRZECIWZAKAŻNE (surowica/ osocze EDTA)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	amikacyna (60 min. po zakończeniu wlewu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pirymethamina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gentamycyna (przez dawkę)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gancyklowir (przed dawką)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gentamycyna (30 min. po zakończeniu wlewu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gancyklowir (15 min. po zakończeniu wlewu)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wankomycyna (przez dawkę)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gancyklowir (2 godz. po dawce doustnej)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wankomycyna (30 min. po zakończeniu wlewu)			
LEKI PRZECIWGRZYBICZE (surowica/ osocze EDTA)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5-flucytozyna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	izawukonazol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anidulafungina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ketokonazol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kaspofungina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mykafungina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	flukonazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pozakonazol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	itronazol z metabolitem (hydroksyitronazol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	worykonazol
LEKI ONKOLOGICZNE (surowica/ osocze EDTA)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	metotreksat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mitotan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	metotreksat <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> 36h <input type="checkbox"/> 42h <input type="checkbox"/> 48h <input type="checkbox"/> 54h <input type="checkbox"/> 72h <input type="checkbox"/> 96h			

Uwagi:

Data i godzina dostarczenia materiału do laboratorium

Podpis Lekarza zlecającego