

|                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ústav lékařské chemie a klinické biochemie 2. LF UK a FN Motol a Homolka, přednosta Prof. MUDr. R. Průša, CSc.<br>V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5, 2-G, Telefon 224435313, potrubní pošta 5313, 5330 |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <b>Žádanka pro terapeutické monitorování léčiv (TDM)</b>                                                                                                                                        |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| Žadající pracoviště/oddělení:                                                                                                                                                                   |                                                    | Odbornost.....<br>Jmenovka lékaře.....<br>Datum..... podpis lékaře..... |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| Tel.....                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <b>Identifikační a důležité demografické údaje</b>                                                                                                                                              |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <b>pacienta</b>                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| Číslo pojistěnce .....                                                                                                                                                                          |                                                    | Pojistčovna .....                                                       |                                          | Muž <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                         |                                                       | Žena <input type="checkbox"/>  |                                                                                                                                  |
| Jméno.....                                                                                                                                                                                      |                                                    | Příjmení.....                                                           |                                          | Hmotnost (kg).....                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       | Výška (cm) .....               |                                                                                                                                  |
| Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojistěnce).....                                                                                                                                            |                                                    |                                                                         |                                          | Diagnóza pro indikace monitorovaného.....                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| PSČ.....                                                                                                                                                                                        |                                                    | IČZ.....                                                                |                                          | S-Kreatinin.....                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       | S-cystatin-C.....              |                                                                                                                                  |
| <b>Požadovaný lék k terapeutickému monitorování (volbu prosíme označte "x" v daném čtverci).</b>                                                                                                |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Amikacin                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Fenobarbital              | <input type="checkbox"/> Kys. valproová                                 | <input type="checkbox"/> Posaconazol     | <input type="checkbox"/> Tobramycin                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Busulfanum                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Irakonazol                | <input type="checkbox"/> Lamotriecin                                    | <input type="checkbox"/> Primidon        | <input type="checkbox"/> Vancomycin                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Carboplatinum <input type="checkbox"/> Cis-platinum                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Irakonazol + OH-metabolit | <input type="checkbox"/> Lithium                                        | <input type="checkbox"/> Sirolimus       | <input type="checkbox"/> Voriconazol                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Cyclosporin-A                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Gentamicin                | <input type="checkbox"/> Methotrexát                                    | <input type="checkbox"/> Sulthiam        | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Diazin                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Karbamazepin              | <input type="checkbox"/> Mýkčáňolát                                     | <input type="checkbox"/> Tacrolimus      |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Ethosuximid                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Karbamazepin+ Eponid      | <input type="checkbox"/> Phenytoin                                      | <input type="checkbox"/> Teofýlín        |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Jiné sdělení o klinickém stavu pacienta a intervence včetně nejdůležitějších léků vzhledem k vzájemnému ovlivnění s monitorovaným lékem:                               |                                                    |                                                                         |                                          | <input type="checkbox"/> Důvod požadavku                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                         |                                          | <input type="checkbox"/> Zajištění terapie<br><input type="checkbox"/> Optimalizace terapie<br><input type="checkbox"/> Možné interakce s jinými léky<br><input type="checkbox"/> Susp. non-compliance<br><input type="checkbox"/> Porušení renální / jaterní funkce |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                         |                                          | <input type="checkbox"/> Susp. intoxikace                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                         |                                          | <input type="checkbox"/> Nedosažený očekávaný efekt a jiné                                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Byla provedena úprava dávkovacího režimu na základě předchozího monitorování? Ano <input type="checkbox"/>                                                             |                                                    |                                                                         |                                          | Ne <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <b>Údaje o vzorku a dávkovacím režimu (dávka, dávkový interval a p.ř. případně délka infuze)</b>                                                                                                |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| Vzorek                                                                                                                                                                                          |                                                    | Datum a čas odběru                                                      | První dávka<br>Kdy? Kolik?<br>Jak často? | Upravená dávka/kolik?<br>Od kdy?<br>Do kdy?                                                                                                                                                                                                                          | Aktuální dávka,<br>dávkový interval a<br>délka infuze | Poslední dávka<br>( kdy? )     | Lék byl podán<br><input type="checkbox"/> Per os<br><input type="checkbox"/> i.m.<br><input type="checkbox"/> i.v.<br>Jinak..... |
| <input type="checkbox"/> Plasma                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Serum                                                                                                                                                                  |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Plná krev                                                                                                                                                              |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Jiné.....                                                                                                                                                              |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| <b>Výsledky monitorování a interpretace, včetně doporučení:</b>                                                                                                                                 |                                                    |                                                                         |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |                                |                                                                                                                                  |
| Datum.....                                                                                                                                                                                      |                                                    | Čas.....                                                                | Podpis.....                              | Konzultant                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       | tel. 224435656 mobil-724085657 |                                                                                                                                  |