

# L Žádanka o vyšetření koncentrace léků, toxických a návykových látek

Ústav lékařské chemie a klinické biochemie 2. LF UK a FN Motol, přednosta prof. MUDr. R. Průša, CSc.  
V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5, 2 - G, telefon 22443 5313, potrubní pošta 5313, 5330

Laboratorní číslo:

**Zvýrazněné  
léky možno  
zprac.statim**

S-sérum     B-krev     U-moč     P-plazma

Kód náhrady

<input type="checkbox"/> <b>S-Primidon</b>	<input type="checkbox"/> <b>S-Amikacin</b>	<input type="checkbox"/> <b>S-Digoxin</b>	<input type="checkbox"/> U-Kanabinoidy
<input type="checkbox"/> <b>S-Fenobarbital</b>	<input type="checkbox"/> <b>S-Gentamicin</b>	<input type="checkbox"/> <b>S-Teofylin</b>	<input type="checkbox"/> U-Opiáty
<input type="checkbox"/> <b>S-Fenytoin</b>	<input type="checkbox"/> <b>S-Vankomycin</b>	<input type="checkbox"/> <b>S-Ethanol</b>	<input type="checkbox"/> U-Kokainové metabolity
<input type="checkbox"/> <b>S-Karbamazepin</b>	<input type="checkbox"/> S-Busulfanum	<input type="checkbox"/> <b>S-Paracetamol</b>	<input type="checkbox"/> U-Amfetamin
<input type="checkbox"/> S-Ethosuximid	<input type="checkbox"/> <b>S-Methotrexát</b>	<input type="checkbox"/> <b>S-Salicyláty</b>	<input type="checkbox"/> U-Benzodiazepiny
<input type="checkbox"/> S-Epoxykarbamazepin	<input type="checkbox"/> P-Flukonazol	<input type="checkbox"/> <b>S-Mykofenolát</b>	<input type="checkbox"/> S-Ganciklovir
<input type="checkbox"/> <b>S-Kys. valproová</b>	<input type="checkbox"/> P-Izavukonazol	<input type="checkbox"/> B-Cyklosporin	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>S-Lithium</b>	<input type="checkbox"/> P-Posakonazol	<input type="checkbox"/> B-Tacrolimus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S-Lamotrigin	<input type="checkbox"/> P-Vorikonazol	<input type="checkbox"/> B-Sirolimus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S-Sulthiam			<input type="checkbox"/>

Pro každý materiál je nutno použít samostatnou žádanku.

ODDĚLENÍ:

Telefon:

Čas odběru:

Čas poslední podané dávky:

Hmotnost:

kg

Výška:

cm

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

POJIŠŤOVNA

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)

\_\_\_\_\_  
PŘIJMENÍ

PSČ

Odbornost

Diagnóza

\_\_\_\_\_  
JMÉNO

IČZ

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Jmenovka a podpis lékaře