

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	Kód náhrady		
----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------	--	--

☐ S-Primidon	☐ S-Amikacin	☐ S-Digoxin	☐ U-Kanabinoidy
☐ S-Fenobarbital	☐ S-Gentamicin	☐ S-Teofylin	☐ U-Opiáty
☐ S-Fenytoin	☐ S-Vankomycin	☐ S-Ethanol	☐ U-Kokainové metabolity
☐ S-Karbamazepin	☐ S-Busulfanum	☐ S-Paracetamol	☐ U-Amfetamin
☐ S-Ethosuximid	☐ S-Methotrexát	☐ S-Salicyláty	☐ U-Benzodiazepiny
☐ S-Epoxykarbamazepin	☐ P-Izavukonazol	☐ S-Mykofenolát	☐ S-Ganciklovir
☐ S-Kys. valproová	☐ P-Posakonazol	☐ B-Cyklosporin	
☐ S-Lithium	☐ P-Vorikonazol	☐ B-Tacrolimus	
☐ S-Lamotrigin		☐ B-Sirolimus	
☐ S-Sulthiam			

Pro každý materiál je nutno použít samostatnou žádanku.

ODDĚLENÍ:

Telefon:

Čas odběru:

Čas poslední podané dávky:

Hmotnost:

kg

Výška:

cm

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

--	--	--	--

POJIŠTOVNA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PŘÍJMENÍ

--	--	--	--	--	--

PŠČ

--	--	--	--

Odbornost

--	--	--	--	--	--

Diagnóza

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

JMÉNO

IČZ

Datum

Jmenovka a podpis lékaře