

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IIILP 8UKBP 1/2022-1		
Datum vydání: 1.1.2022	Verze: 1	Strana 1 (celkem 4)

Příloha č. 1 Vzory žádanek

Žádanka o statimová vyšetření

S Žádanka o STATIMOVÁ biochemická vyšetření

Laboratorní číslo:

Ústav lékařské chemie a klinické biochemie 2. LF UK a FN Motol, přednosta prof. MUDr.R.Průša,CSc.
V ÚVALU 84, PRAHA 5, 2.patro G, telefon: 22443- 5313, 5330, poštovní pošta 11, 33, 55

☐ sérum ☐ moč	☐ plasma ☐ krev	☐ drén ☐ dialyzát	☐ likvor ☐ punktát	☒ vitální indikace
--	--	--	---	--

☐ Na+ V	☐ AST	☐ Urea V	☐ Celková bílkovina V	☐ ABR V
☐ K+ V	☐ ALT V	☐ Kreatinin V	☐ Prokalcitonin	☐ KarbonylhemoglobinV
☐ Cl-	☐ CK V	☐ Močová kyselina	☐ CRP-HS	☐ Methemoglobin V
☐ TCa (celkový)		☐ Celkový bilirubin	☐ Cholesterol	☐ Sulfhemoglobin V
☐ iCa++ (ionizovaný)		☐ Přímý bilirubin	☐ Amoniak	☐ Volný hemoglobin
☐ Osmolalita V	☐ Amyláza	☐ Troponin I kardiální	☐ Laktát	☐ Parathormon intaktní
☐ Mg	☐ Pankreatická amyláza	☐ Myoglobin	☐ Ethanol	☐ HCG
☐ iMg** (ionizovaný)		☐ NT-proBNP	☐ Paracetamol	☐ HBS Ag (po dohodě)
☐ Glukóza V			☐ Salicyláty	

Pro každý materiál je nutno použít samostatnou žádanku.

ODDĚLENÍ:

Telefon:

Diureza: ml/.....hod.

Výška: cm Hmotnost: kg Teplota °C

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

CÍSLO POJIŠTĚNCE

--	--	--	--

POJIŠTOVNA

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

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)

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

PŠČ

--	--	--	--

Odbornost

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

Diagnóza

PŘIJMENÍ

JMÉNO

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

IČZ a IČL lékaře

Datum a čas

Jmenovka a podpis lékaře

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IIILP 8UKBP 1/2022-1		
Datum vydání: 1.1.2022	Verze: 1	Strana 5 (celkem 4)

Žádanka o vyšetření protilátek proti HIV 1, 2

Ústav lékařské chemie a klinické biochemie 2. LF UK a FN Motol
V ÚVALU 84, PRAHA 5, 2 - G, telefon: 22443 5313, potrubní pošta 5313, 5330
Přednosta: Doc. MUDr. Richard Průša, CSc.

Laboratorní číslo:

Celkový počet požadavků:

Kód náhrady		
-------------	--	--

Materiál: sérum

- ☐ protilátky proti HIV 1, 2
- ☐ p24 antigen + protilátky proti HIV 1, 2

Pozn. Výsledky doručujeme do rukou ordinujícího lékaře.

ODDĚLENÍ:

Telefon:

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

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

--	--	--	--

POJIŠTOVNA

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

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)

PŘÍJMENÍ

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

PSČ

--	--	--

Odbornost

--	--	--	--	--

Diagnóza

JMÉNO

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

IČZ

Datum

Jmenovka a podpis lékaře

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IIILP 8UKBP 1/2022-1		
Datum vydání: 1.1.2022	Verze: 1	Strana 6 (celkem 4)

Žádanka pro terapeutické monitorování léčiv

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 224435313, potrubiň pošta 5313, 5330

Žádanka pro terapeutické monitorování léčiv (TDM)

Žadající pracoviště/oddělení: Tel.	● Odbornost..... Jmenovka lékaře..... Datum..... podpis lékaře.....
---	--

● Identifikační a důležité demografické údaje pacienta Číslo pojištění Pojišťovna Jméno..... Příjmení..... Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)..... PSČ..... IČZ.....		Muž ☐ Žena ☐ Hmotnost (kg)..... Výška (cm)..... Diagnóza pro indikace monitorovaného léku..... S-Kreatinin...../S-cystatin-C...../S-Albumin...../CB.....
---	--	---

● Požadovaný lék k terapeutickému monitorování (volbu prosíme označte "x" v daném čtverci).			
☐ Amikacin	☐ Fenobarbital	☐ Kys. valproová	☐ Posakonazol ☐ Tobramycin
☐ Busulfanum	☐	☐ Lamotrigin	☐ Primidon ☐ Vankomycin
☐ Carboplatinum / ☐ Cis-platinum	☐	☐ Lithium	☐ Sirolimus ☐ Vorikonazol
☐ Cyklosporin-A	☐ Gentamicin	☐ Methotrexát	☐ Sulthiam ☐
☐ Digoxin	☐ Karbamazepin	☐ Mykofenolát	☐ Tacrolimus
☐ Ethosuximid	☐ Karbamazepin+ Epoxid	☐ Phenytoin	☐ Teofylin

● Jiné sdělení o klinickém stavu pacienta a intervence včetně nejdůležitějších léků vzhledem k vzájemnému ovlivnění s monitorovaným lékem:	● Důvod požadavku ☐ Zahájení terapie ☐ Optimalizace terapie ☐ Možné interakce s jinými léky ☐ Susp. non-compliance ☐ Porušené renální / jaterní funkce ☐ Susp.intoxikace ☐ Nedosažený očekávaný efekt a jiné
---	---

● Byla provedena úprava dávkovacího režimu na základě předchozího monitorování ? Ano ☐ Ne ☐	
--	--

● Údaje o vzorku a dávkovacím režimu (dávka, dávkový interval a případně délka infuze)						
Vzorek	Datum a čas odběru	První dávka Kdy? Kolik? Jak často?	Upravená dávka(kolik?) Od kdy? Do kdy?	Aktuální dávka, dávkový interval a délka infuze	Poslední dávka (kdy?)	Lék byl podán ☐ Per os ☐ i.m. ☐ i.v. Jinak.....
☐ Plasma						
☐ Sérum						
☐ Plná krev						
☐ Jiné.....						

Výsledky monitorování a interpretace, včetně doporučení: Datum..... Čas..... Podpis..... Konsultant tel. 224435656 mobil-724085657	
--	--