

Žádanka na vyšetření hladin metotrexátu

Nemocnice:	Oddělení:	Tel. č.:
Lékař:	IČZ:	Odbornost:
Kód diagnózy:	Pojišťovna:	Č. účtu:
Jméno pacienta:	Rodné číslo:	
Hmotnost	Výška	

Datum odběru:

Indikace:

malignita

imunosupresivní účinek (revmatoidní artritida, psoriáza, atd.)

Odběry metotrexátu za:

<input type="checkbox"/> 24 hodin	<input type="checkbox"/> 60 hodin
<input type="checkbox"/> 36 hodin	<input type="checkbox"/> 66 hodin
<input type="checkbox"/> 42 hodin	<input type="checkbox"/> 72 hodin
<input type="checkbox"/> 48 hodin	<input type="checkbox"/> 78 hodin
<input type="checkbox"/> 54 hodin	<input type="checkbox"/> 84 hodin

Poznámka:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tučně zvýrazněné položky jsou nezbytné pro interpretaci výsledků. Hmotnost uvádějte alespoň orientační.