

Žádanka na vyšetření hladin thiopentalu

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

Datum odběru:	odběr v:	hod.
----------------------	-----------------	-------------

Indikace:	
<input type="checkbox"/>	thiopentalové koma
<input type="checkbox"/>	potenciální donor
<input type="checkbox"/>	status epilepticus
<input type="checkbox"/>	jiný důvod:

Dávkování thiopentalu:		thiopental nasazen od:	
přípravek:	dávkování:	poslední dávka	
		hodina:	den:

Další medikace (přípravek, dávkování): _____

Poznámka: _____
