

Žádanka na vyšetření hladin teriflunomidu

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

Datum odběru:	Čas odběru:	hodin
Léčba nasazena v měsíci:	Rok:	

Důvod vyšetření:	Indikace:	Známky toxicity:
<input type="checkbox"/> periodická kontrola	<input type="checkbox"/> aktivní revmatoidní artritida	<input type="checkbox"/> ne
<input type="checkbox"/> zahájení terapie		<input type="checkbox"/> ano, jaké:
<input type="checkbox"/> podezření na non-compliance	<input type="checkbox"/> aktivní psoriatická artritida	
<input type="checkbox"/> podezření na intoxikaci		
<input type="checkbox"/> suspekt ní nedostatečné dávkování	<input type="checkbox"/> roztroušená skleróza	
<input type="checkbox"/> interakce s jinými léky		
<input type="checkbox"/> vysazení před těhotenstvím	<input type="checkbox"/> jiná:	
<input type="checkbox"/> nově zjištěné těhotenství		
<input type="checkbox"/> zrychlená eliminace		
<input type="checkbox"/> jiné důvody, jaké:		

Přípravek	Dávkování	Poslední dávka	
		den	hodina

Další užívané léky (přípravek, dávkování):

.....

.....

.....

.....

Odběr provádějte před užitím ranní dávky do skleněné nebo plastové zkumavky bez úpravy, doporučená je zkumavka plast Sarstedt Monovette neutral s granulemi nebo bez granulí. V případě podezření na intoxikaci je možné povést odběr kdykoliv.