

## GYÓGYSZERSZINT MONITOROZÁS Vizsgálatkérő lap

Megbízási szerződés:

- van  
 nincs Engedély száma(vizsgálat elvégzéséhez):.....

**Beteg:**

Név:..... Anyja neve:.....  
TAJ:..... Szül..... év.....hó.....nap  
Lakcím.....  
BNO:..... Irány diagnózis:.....  
 Ambuláns beteg Naplósám:.....  
 Fekvő beteg Törzsszám:.....

**Kérő orvos:**

Név:.....  
Pecsétszám:.....  
Elérhetőség:.....

**Kérő intézmény:**

Név:.....  
OEP kód:.....

Mintavétel ideje:.....nap.....óra.....perc

<b>Vizsgálandó gyógyszer</b>	<b>mennyiség /nap</b>	<b>Utolsó gyógyszer bevitel:</b>
<input type="checkbox"/> Carbamazepin		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Carbamazepin-epoxi		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Lamotrigine		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> MHD- oxcarbazepine		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Phenytoin		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Primidone		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Phenobarbital		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Zonisamide		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Levetiracetam		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Ethosuximide		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Clobazam		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Norclobazam		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Clonazepam		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Sultiam		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Diazepam		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Demethyl-diazepam		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Nitrazepam		.....nap.....óra.....perc
<input type="checkbox"/> Valproic acid		.....nap.....óra.....perc

**Vizsgálatonként 1 ml szérum ( zárt csőben, hűtve szállítva )**

Egyéb, terápiában szereplő gyógyszer:

**Vizsgálat célja:**

- Rutin ellenőrzés  
 Gyógyszerfelhalmozódás  
 Terhesség  
 Gyógyszerszedési pontatlanság  
 Tisztázatlan roham  
 Terápia kezdése  
 Gyógyszerszint változtatása  
 Egyéb:.....

20.....év.....hó.....nap

.....  
Aláírás

P.H.