


Žádanka na klinicko – farmakologické vyšetření při léčbě antibiotiky
 Klinický farmaceut Mgr. Zuzana Vašířová, kontakt: 312 606 547

Kód ZP		IČP		Odbornost		 Klinická laboratoř Vančurova 1548, 272 59 Kladno Oblastní nemocnice Kladno, a.s. Vančurova 1548, 272 59 Kladno Klinická laboratoř centrální příjem tel: 312 606 246 imunochemická laboratoř tel: 312 606 571	
Číslo pojištěnce				Pacient (příjmení, jméno, titul)			
Základní dg. Ostatní dg. Sex				Výška (kg) Váha (cm)			
Oddělení (stanice)		Lékař (razítko, podpis)		Telefon	STATIM		
						Odběr provedl	Vzorek zkontroloval
Důvod vyšetření:				Laboratorní hodnoty:			
První vyšetření				Kreatinin (μmol/l)			
Opakované vyšetření							
Kombinace s léky s nefrotoxickými nebo ototoxickými účinky							
Podávání ATB více než 10 dnů							
Jiné důvody – projevy intoxikace, neúčinná léčba							
Antibiotikum				Způsob aplikace			
Gentamicin				infuze – délka hodin			
				i. m.			
				i. v.			
Datum odběru vzorku				p. o.			
Odběr vzorku před podáním ATB v hodin							
ATB podáno v (u infuze začátek podání) hodin							
Odběr vzorku po podání ATB v hodin							
Dávkový režim							
Datum	Čas podání	Pořadí dávky	Dávka (mg)	Interval (hodiny)			
Další léčba pacienta, etiologické agens, poznámky:							