



DIAGNOSTYKA Sp. z o. o. ul. prof. Michała Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków
email: lab@diag.pl; www.diagnostyka.pl, nr rejestru 00000005831

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

DD MM RR

DATA URODZENIA

LICZBA
BADAŃ

DATA I GODZINA
PRZYJĘCIA
DO LABORATORIUM

NR ID PACJENTA

PLEĆ:

M

K

PIECZĘĆ ZLECENIODAWCY

PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKÓW

KOD MATERIAŁU

KOD ODDZIAŁU

Podpis osoby pobierającej

ADRES

TELEFON

DATA POBRANIA

DD MM RR

TRYB: CITO

MATERIAŁ: krew żylna

Godziny
pobrania
materiału

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Minuty
13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 15 30 45

TERAPEUTYCZNE MONITOROWANIE STĘŻENIA LEKÓW

- 500 Lit, ilościowo
- 501 Karbamazepina, ilościowo
- 502 Kwas walproinowy, ilościowo
- 503 Fenytoina, ilościowo
- 504 Fenobarbital, ilościowo
- 505 Digoksyna, ilościowo
- 510 Teofilina, ilościowo
- 512 Metotreksat, ilościowo
- 513 Takrolimus, ilościowo
- 517 Wankomycyna, ilościowo
- 518 Gentamycyna, ilościowo
- 3592 Tobramycyna, ilościowo
- 4919 Lewetyracetam, ilościowo
- 492 Lamotrygina, ilościowo
- 4972 Kwetiapina, ilościowo
- 4973 Wenlafaksyna, ilościowo



VERTE

OCENA STĘŻENIA LEKU / MEDICATION QUANTIFICATION

Lek / substancja czynna / postać / Drug / molecule / drug form:

Dawkowanie leku / Dosage regimen/posology

Częstotliwość podawania / Frequency of administration

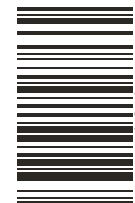
D	D	M	M	R	R	G	G	M	M
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DATA i GODZINA OSTATNIEGO PODANIA LEKU / DATE AND TIME OF LAST ADMINISTRATION

D	D	M	M	R	R	G	G	M	M
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DATA i GODZINA POBRANIA PRÓBKI / DATE AND TIME OF SAMPLE COLLECTION

Dodatkowe informacje(waga, wzrost) inne istotne dane kliniczne / inne leki zażywane przez pacjenta /Additional information (weight, height) and clinical context / other medicines



DANE I KONTAKT DO LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA MATERIAŁU DO LABORATORIUM/PRACOWNI GODZINA, DATA I PODPIS