

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE KONCENTRÁCIE AZOLOVÝCH ANTIMYKOTÍK

Priezvisko a meno pacienta:		Dátum a čas odberu vzorky:	<input type="checkbox"/> Statim
			<input type="checkbox"/> Doordinácia
Rodné číslo:	Kód poisťovne:	Diagnóza:	Druh materiálu:
Oddelenie/Ambulancia (kód PZS, pečiatka):	<input type="checkbox"/> EU (+ kód krajiny): <input type="checkbox"/> Priložiť fotokópiu EU preukazu		<input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Plazma
Ordinujúci lekár (kód, pečiatka, podpis):	<input type="checkbox"/> Samoplatca	ID hospitalizačného prípadu (DRG):	Záznamy OLM Laboratórne číslo:
Kontaktný telefón/e-mail na lekára:	Poznámky:		

ŽIADAM O VYŠETRENIE KONCENTRÁCIE LIEČIVA:

Vorikonazol	261
Posakonazol	262

2 ml plnej krvi odobrať do skúmavky na sérum/plazmu tesne (10-15 min) pred podaním ďalšej dávky liečiva. Poslať do laboratória s vyplnenou žiadosťou najneskôr do 1 hod. po odbere. Pri externých žiadateľoch odobrať krv **scentrifugovať**. Odseparované sérum/plazmu uchovávať zmrazené, expedovať na ľade!

Dávkovanie

Dávkovanie liečiva: _____
Posledná dávka podaná (dátum + hodina): _____
Dátum a hodina odberu: _____

Vyšetrenia indikujte krížikom ☒ v príslušnom poličku.

Typy materiálov: S-sérum, P-plazma/K₂EDTA.

Vysvetlivky a usmernenia:

Ak je pacient hospitalizovaný nezabudnite uviesť potrebný údaj ID hospitalizačného prípadu (DRG kód)!

Všetky potrebné informácie s pokynmi pre odber a transport biologického materiálu sú k dispozícii na našej internetovej stránke v **Laboratórnej príručke**.

E-mailové kontakty:

Ing. Danka Maceková, PhD. danka.macekova@nudch.eu MUDr. Katarína Schenková katarina.schenkova@nudch.eu MUDr. Simona Tárnoková simona.tarnokova@nudch.eu
MUDr. Filip Mičev filip.micev@nudch.eu MUDr. Lucia Slabá lucia.slaba@nudch.eu MUDr. Alena Cmorejová alena.cmorejova@nudch.eu