



ПОРЪЧКА ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ

От Лекар:		Пациент:	/име, презиме, фамилия/						
Отделение:		Шифър:	ЕГН						
Здравно заведение:		Пол:	М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		Ръст(см):	Тегло(кг):			

Попълнете вземане на материал Дата: _____ Час: _____ Взел: _____

Попълнете прием на материал Дата: _____ Час: _____ Приел: _____

Моля, отбележете показателите, които искате да бъдат изследвани!

<input type="checkbox"/> Бриварацетам (BRV)	<input type="checkbox"/> Карбамазепин (CBZ)	<input type="checkbox"/> Прегабалин (PGB)	<input type="checkbox"/> Фенобарбитал (PB)
<input type="checkbox"/> Валпроева киселина (VPA)	<input type="checkbox"/> CBZ- епоксид (CBZE)	<input type="checkbox"/> Сирилимус (SRLM)	<input type="checkbox"/> Хлорокин (CQ)
<input type="checkbox"/> Вигабатрин (VGB)	<input type="checkbox"/> Лакозамид (LSM)	<input type="checkbox"/> Такролимус (TCLM)	<input type="checkbox"/> Хидроксихлорокин (HCQ)
<input type="checkbox"/> Габапентин (GBP)	<input type="checkbox"/> Ламотригин (LTG)	<input type="checkbox"/> Теофилин (THEO)	<input type="checkbox"/> Циклоспорин (CSA)
<input type="checkbox"/> Еверолимус (ERLM)	<input type="checkbox"/> Леветирацетам (LEVE)	<input type="checkbox"/> Тиагабин (TGB)	<input type="checkbox"/> Витамин Д статус*
<input type="checkbox"/> Етосукцимид (ESM)	<input type="checkbox"/> Микофенолова к-на (MPA)	<input type="checkbox"/> Топирамат (TPM)	<input type="checkbox"/> Стероиден профил**
<input type="checkbox"/> Зонизамид (ZNS)	<input type="checkbox"/> Моно-ОН-карбазепин (MHD)	<input type="checkbox"/> Фенитоин (PT)	<input type="checkbox"/> Друго:.....

Основание за изследване:

<input type="checkbox"/> Терапевтичен контрол	<input type="checkbox"/> Токсичност	<input type="checkbox"/> Нередовен прием	<input type="checkbox"/> Друго:
---	-------------------------------------	--	---------------------------------

Диагноза:

Приемани лекарства:

Попълнете фармакокинетични данни за определяните лекарства:

Лекарство	Начало на лечение - дата	Доза (дневна / еднократна)	Дозов интервал	Последен прием		Резултат	Единици	Терапевтична област
				Дата	Час			

Дата на изследване: _____

Коментар и препоръки:

Изследвал: _____

Началник лаборатория: _____

* Едновременно определяне на 25-хидрокси-витамин D₂ и 25-хидрокси-витамин D₃ с LC-MS/MS

**Едновременно определяне на 14 стероидни хормона с LC-MS/MS

Моля, попълвайте точно и четливо всички данни! Липсата на данни прави невъзможно даването на правилна препоръка.