

**INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY**

Pracoviště laboratorních metod, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4

Oddělení klinické biochemie, budova G, 4.n.p.

Kontaktní telefon: +420 23605 5225, 5224

Lab. číslo/datum, čas příjmu

Žádanka na klinicko - farmakologické vyšetření při léčbě antibiotiky

Pacient (příjmení, jméno, titul)		Datum narození	Číslo pojištěnce	Pojišťovna	Výška (cm)	Hmotnost (kg)
Materiál	Pohlaví	Dg. základní	Dg. ostatní	Razítko (včetně IČP), jméno a podpis lékaře		
Kód oddělení	Jméno ošetřujícího lékaře		Telefon, kontakt			

Důvod vyšetření

<input type="checkbox"/>	První vyšetření
<input type="checkbox"/>	Opakované vyšetření
<input type="checkbox"/>	Kombinace s léky s nefrotoickými nebo ototoickými účinky
<input type="checkbox"/>	Podávání ATB více než 10 dnů
<input type="checkbox"/>	Jiné důvody - projevy intoxikace, neúčinná léčba,...

Laboratorní hodnoty

Urea	mmol/l
Kreatinin	μmol/l
CRP	mg/l

Antibiotikum

<input type="checkbox"/>	Amikacin
<input type="checkbox"/>	Gentamicin
<input type="checkbox"/>	Vankomycin

Způsob aplikace

<input type="checkbox"/>	inf. - délka	hod.	<input type="checkbox"/>	i.v.
<input type="checkbox"/>	i.m.		<input type="checkbox"/>	p.o.

Odběr vzorku vzhledem k podání ATB

Datum odběru vzorku	
Odběr vzorku před podáním ATB v	hod.
ATB podáno v (u infuze zač. podání)	hod.
Odběr vzorku po podání ATB v	hod.

Léčba hemodialýzou

Datum	Čas	Délka (hod)

Dávkový režim

Datum	Čas podání	Dávka (mg)	Interval (hod)	Počet dávek

Další léčba pacienta, etiologické agens, poznámky.

Zpracoval/a, kontakt

--