



UNIwersYTECKIE CENTRUM KLINICZNE WUM
DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. JÓZEFA POLIKARPA BRUDZIŃSKIEGO w WARSZAWIE
 02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 63A
ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ I IMMUNOLOGII KLINICZNEJ WIEKU ROZWOJOWEGO
PRACOWNIA ZABURZEŃ METABOLIZMU I TERAPII MONITOROWANEJ
 Tel. 22-317-94 87

Zlecenie na oznaczenie **stężenia leków przeciwgrzybiczych** w surowicy metodą LC-MS/MS

Dane Pacjenta

Nazwisko: **Imię:** **Data urodzenia:**

PESEL:

Płeć: K M

Tryb zlecenia: Rutynowy Pilny

Nr Ks.Gł..... Adres zamieszkania pacjenta / Oddział.....

Rozpoznanie wstępne.....

Podawane leki:.....

Zlecone badania /

1. Flukonazol
2. 5-Flucytozyna
3. Itrakonazol + hydroksyitrakonazol
4. Ketokonazol
5. Posakonazol
6. Worikonazol
7. Mykafungina
8. Amfoterycyna B
9. Anidulafungina
10. Kaspofungina
11. Izawukonazol

Lekarz Zlecający: **Data zlecenia:** **Tel .kont./fax**

Pieczętka i podpis

Pieczętka Oddziału Zlecającego

Podpis Głównego Księgowego

Podpis Dyrektora Placówki

Rodzaj pobranego materiału : krew żylna na skrzep (2- 3 ml) pobrana przed kolejną dawką leku **(Surowica – min.0,5 ml)**

Uwaga: Nie należy pobierać krwi do próbki z żelam separacyjnym / Transport materiału – temperatura pokojowa

Dane i podpis osoby pobierającej:..... *Data pobrania :* *Godzina pobrania*

materiału

Dane i podpis osoby przyjmującej :.....*Data przyjęcia* *Godzina przyjęcia*.....

Miejsce przesłania wyniku:.....