



Pieczętka Zlecniodawcy

Miejsce na kod materiału

Zlecenie na badania laboratoryjne –Monitorowanie stężenia leków

Dane Pacjenta

Nazwisko:.....Imię:..... Data urodzenia:.....PESEL: Płeć: K M

Adres:.....Tel. pacjenta/opiekunaOddział

METOTREKSAT (PROFIL) - Surowica

- ☐ 10028-Metotreksat (MTX) -24 h
- ☐ 10029-Metotreksat (MTX) -36 h
- ☐ 10030-Metotreksat (MTX) -42 h
- ☐ 10031-Metotreksat (MTX) -48 h
- ☐ 10032-Metotreksat (MTX) -54 h
- ☐ 10033-Metotreksat (MTX) -72 h
- ☐ 10034-Metotreksat (MTX) - 96 h
- ☐ 10035-Metotreksat-MTX)-inna h

PARACETAMOL

- ☐ 914-Acetaminofen oznaczenie ilościowe
Paracetamol
Krew żylna min. 1,2 ml-- *Surowica*
- ☐ 216- Cyklosporyna A (CSA) *EDTA -1,6 ml*

LEKI BIOLOGICZNE - Surowica

- ☐ 3094 -Infliximab –stęż. (faza indukcyjna)
- ☐ 3095 -Infliximab –stęż. (faza leczenia
podtrzymującego)

LEKI PRZECIWGRZYBICZE

met. LC-MS/MS - *Surowica min. 0,2 ml*

- ☐ 10131- Posakonazol
- ☐ 10132- Worikonazol
- ☐ 10127- Izawukonazol
- ☐ 10125 - Flukonazol
- ☐ 10129- Ketokonazol
- ☐ 10123- Anidulafungina
- ☐ 10124- Kaspofungina
- ☐ 10130- Mikafungina
- ☐ 10126- 5-Flucytozyna
- ☐ 10128-Itrakonazol +
hydroksyitrakonazol

LEKI ANTYASTMATYCZNE

☐ 1004 -Teofilina – *Surowica*
krew żylna (2- 3 ml) pobrana przed kolejną dawką leku.

LEKI IMMUNOSUPRESYJNE

- ☐ 11240 - Everolimus met. LC-MS/MS
EDTA -1,6 ml
- ☐ 10179- Kwas mykofenolowy (MPA)
met. LC-MS/MS -** surowica*
- ☐ 10180- Glukuronid kwasu
mykofenolowego (MPAG) met. LC-MS/MS
** surowica*

****Nie należy pobierać krwi do próbki z
żelem separacyjnym !!***

LEKI PRZECIWPADACZKOWE

met. LC-MS/MS *Surowica–min. 0,2 ml*

- ☐ 10217- Karbamazepina met.LC-MS/MS
- ☐ 10134- 10-OH-karbamazepina
- ☐ 10143- Okskarbazepina
- ☐ 10135- 10,11 epoksykarbamazepina
- ☐ 10142- Lewetiracetam
- ☐ 10152- Wigabatryna
- ☐ 1251- Lamotrygina
- ☐ 10151- Topiramet
- ☐ 10141- Lakozamid
- ☐ 10138 - Etosuksymid
- ☐ 10146 - Prymidon
- ☐ 10140- Gabapentyna
- ☐ 10137-N-desmetylomesuximid
- ☐ 10139- Felbamet
- ☐ 10144- PEMA
- ☐ 10145-Pregabalina
- ☐ 10147-Rufinamid
- ☐ 10148- Stiripentol
- ☐ 10000042- Fenobarbital met.LC-MS/MS
- ☐ 10000044 -Fenytoina met.LC-MS/MS
- ☐ 11247 -Kwas walproinowy met.LC-MS/MS
- ☐ 10149- Sultiam
- ☐ 10150- Tiagabina
- ☐ 10153- Zonisamid

***krew żylna (2- 3 ml) pobrana przed kolejną
dawką leku.***

LEKI ANTYARYTMICZNE

met. LC-MS/MS

- ☐ 10161- Amiodaron
- ☐ 10162- Desetylamiodaron
- ☐ 935- Bisoprolol
- ☐ 10177- Werapamil
- ☐ 10178- Norwerapamil
- ☐ 10174- Propafenon
- ☐ 994- Propanolol
- ☐ 913- Acebutolol
- ☐ 926- Atenolol
- ☐ 977- Lidokaina
- ☐ 985- Metoprolol
- ☐ 10172- Hydroksychinidyna
- ☐ 10160- Ajmalina
- ☐ 10163- Aprindyna
- ☐ 10164- Chinidyna
- ☐ 10165-Diltiazem
- ☐ 10166-Dyzopyramid
- ☐ 10167-Dronedaron
- ☐ 10168- N-desbutyldronedaron
- ☐ 10169- Flekainid
- ☐ 10170- Flunarizyna
- ☐ 10171- Gallopamil
(metoksywerapamil)
- ☐ 10173- Meksyletyna
- ☐ 10175-Sotalol
- ☐ 10176-Tokainid

***krew żylna (2- 3 ml) pobrana przed kolejną
dawką leku – Surowica-min.0,2 ml***

DATA I GODZ. POBRANIA MATERIAŁU:

.....

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

.....

DATA I GODZ. DOSTARCZENIA MATERIAŁU
DO LABORATORIUM:

.....

PODPIS LEKARZA ZLECAJĄCEGO

.....

TELEFON DO KONTAKTU

.....

**Dotyczy zleceń od kontrahentów zewnętrznych*

Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów badania /-ń		
Lekarz zlecający / Kierownik Kliniki <i>(pieczętka, podpis) lub pacjent (Komercja)</i>	<i>*Przedstawiciel Księgowości (pieczętka, podpis)</i>	<i>*Dyrektor Placówki (pieczętka, podpis)</i>