

Žádanka na vyšetření hladin digoxinu

Nemocnice:		Oddělení:	Tel. č.:
Lékař:		IČZ:	Odbornost:
Kód diagnózy:		Pojišťovna:	Č. účtu:
Jméno pacienta:			Rodné číslo:
Hmotnost:	Výška:	kreatinin^{*)}:	kalium:

Datum odběru:		Hodina odběru:	
Důvod vyšetření:		Indikace:	Známky toxicity:
<input type="checkbox"/> vyšetření při příjmu	<input type="checkbox"/> zahájení terapie	<input type="checkbox"/> srdeční selhání	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> periodická kontrola			<input type="checkbox"/> nauzea
<input type="checkbox"/> susp. intoxikace	<input type="checkbox"/> susp. non-compliance	<input type="checkbox"/> fibrilace síní	<input type="checkbox"/> nechutenství
<input type="checkbox"/> susp. nedostatečné dávkování			<input type="checkbox"/> zvracení
<input type="checkbox"/> snížená funkce jater	<input type="checkbox"/> interakce s jinými léky	<input type="checkbox"/> dialýza	<input type="checkbox"/> komor. extrasystoly
<input type="checkbox"/> jiné důvody, jaké:			<input type="checkbox"/> AV blok
			<input type="checkbox"/> puls 50 tepů/min.
			<input type="checkbox"/> poruchy barevného vidění
			<input type="checkbox"/> jiné:

Dávkování digoxinu:		digoxin nasazen od:	
přípravek	dávkování	poslední dávka	
		hodina	den
Digoxin 0,125 tbl.			
Digoxin 0,250 tbl.			
Digoxin inj.			

Další léky (přípravek, dávkování):

.....

.....

.....

.....

.....

Poznámka:

.....

.....

Tučně zvýrazněné položky jsou nezbytné pro interpretaci výsledků. Hmotnost uvádějte alespoň orientační.

^{*)} Sérový kreatinin nesmí být starší než 1 týden.