

Žádanka na vyšetření hladin amiodaronu

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

Datum odběru:	Hodina odběru:
Důvod vyšetření:	Indikace:
<input type="checkbox"/> vyšetření na příjmu <input type="checkbox"/> zahájení terapie <input type="checkbox"/> periodická kontrola <input type="checkbox"/> susp. intoxikace <input type="checkbox"/> susp. non-compliance <input type="checkbox"/> susp. nedostatečné dávkování <input type="checkbox"/> snížená funkce jater <input type="checkbox"/> interakce s jinými léky <input type="checkbox"/> jiné důvody, jaké:	<input type="checkbox"/> antiarytmikum <input type="checkbox"/> kardioverze
	Známky toxicity:
	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> bradykardie <input type="checkbox"/> bolesti hlavy <input type="checkbox"/> periferní neuropatie <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> svalová slabost <input type="checkbox"/> poruchy spánku <input type="checkbox"/> dyskolorace kůže (šedá) <input type="checkbox"/> depozita v rohovce

Dávkování amiodaronu:	amiodaron nasazen od:
přípravek	dávkování
	poslední dávka
	hodina den

Další léky (přípravek, dávkování): _____

Poznámka: _____

1Tučně zvýrazněné položky jsou nezbytné pro interpretaci výsledků. Hmotnost uvádějte alespoň orientační.

^{*)} Hodnoty ALT a AST nesmí být starší než 1 den před odběrem.