

.....
Pieczętka zleceniodawcy

.....
Miejscowość, data

Formularz zlecenia wykonywania badań

Sekcja Monitorowania Leków
Śląskie Centrum Chorób Serca
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 9
41-800 Zabrze

DANE PACJENTA

Nazwisko i imię:

PESEL:

Data urodzenia i płeć (w przypadku noworodków):

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie:

Istotne dane kliniczne (schorzenia, niewydolność wątroby/nerek, leki interferujące):

.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE OCENY STĘŻENIA LEKU(-ÓW)

Nazwa leku(-ów)/substancji czynnej:

.....

Dawkowanie i częstotliwość podania:

Data i godzina podania ostatniej dawki leku:

Rodzaj materiału: ☐ krew pełna (EDTA) ☐ osocze (EDTA) ☐ surowica

Data i godzina pobrania materiału:

Imię i nazwisko osoby pobierającej:

DANE DO KONTAKTU ZLECENIODAWCY

Adres e-mail, na który zostaną przesłane wyniki:

Telefon:

Oznaczenie stężeń leków zgodnie z umową z dnia (jeżeli dotyczy):

Numer umowy (jeżeli dotyczy):

.....
Pieczętka i podpis lekarza zlecającego