



4003

LUMC, Centrale Receptie Afdeling KCL, L-02-025
 Postbus 9600, Zone L2-P, 2300 RC Leiden
 Lab KFT, Tel 071-5263975, Consulent KFT 071-5299411



AFDELINGSTEL.: AANVRAGER (invullen verplicht)

Plak hier de patiëntensticker

Formulier bestelnr:

-
-
-
-
-

Één buis stolbloed afnemen voor de eerste ochtendmedicatie tenzij anders vermeld.
Géén gelbuis!

Per afnametijdstip één formulier.

Naam: _____ **Organisatie:** _____

Tel: _____ **Email/Fax:** _____

Opmerkingen:

AFNAMEDATUM

10	20	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
AFNAMETIJD											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICATIE VOOR AANVRAAG: MATERIAALCODE : BUISCODE :

- | | | |
|--|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Controle Therapie | <input type="checkbox"/> Stolbuis ZONDER gel [BS] | (-) 4 ml CAT buis |
| <input type="checkbox"/> Vermoeden overdosering | <input type="checkbox"/> EDTA bloed [E] | (1) 4 ml CAT direct naar lab |
| <input type="checkbox"/> Vermoeden onderdosering | | (2) 10 ml CAT buis |
| <input type="checkbox"/> Vermoeden op interactie | <input type="checkbox"/> Urine portie [UP] | (3) 2 ml K2E buis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diversen nl:..... | (4) 4 ml K2E buis |
| | | (5) 10 ml Li Heparine buis |
| | | (6) 10 ml urine buis |

GEWICHT PATIENT:

.....KG

Cito

Cito's uitsluitend na overleg (p.9411)

Preparaat Dosering Inj/Po Sinds Datum en tijdstip laatste inname

.....d.d.....mg.....

.....d.d.....mg.....

ANTI-EPILEPTICA [BS]	ANTIMICROBIËLE MIDDELEN [BS]	ANTIVIRALE MIDDELEN [BS]	CARDIOVASCULAIRE MIDDELEN [BS]	IMMUUNSUPPRESSIVA
<input type="checkbox"/> Carbamazepine <input type="checkbox"/> Clobazam <input type="checkbox"/> Fenobarbital <input type="checkbox"/> Fenytoïne <input type="checkbox"/> Lamotrigine <input type="checkbox"/> Oxcarbazepine <input type="checkbox"/> Thiopental <input type="checkbox"/> Valproïnezuur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cefuroxim <input type="checkbox"/> Chloroquine <input type="checkbox"/> Co-trimoxazol (0+1+2 uur) <input type="checkbox"/> Feneticilline (0+1+2 uur) <input type="checkbox"/> Flucloxacilline (cont. iv.) <input type="checkbox"/> Flucloxacilline(0+45+90 min) <input type="checkbox"/> Fluconazol <input type="checkbox"/> Flucytosine (0+1 uur) <input type="checkbox"/> Gentamicine (0+1 uur) <input type="checkbox"/> Isoniazide (0+1+2 uur) <input type="checkbox"/> Itraconazol <input type="checkbox"/> Kinine <input type="checkbox"/> Meropenem <input type="checkbox"/> Rifampicine (0+3+6 uur) <input type="checkbox"/> Teicoplanine <input type="checkbox"/> Tobramycine (0+1 uur) <input type="checkbox"/> Vancomycine (0+2 uur) <input type="checkbox"/> Voriconazol <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aciclovir <input type="checkbox"/> Ganciclovir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Procainamide <input type="checkbox"/> Thiocyanaat <hr/> PSYCHOFARMACA [BS] <input type="checkbox"/> Amitriptyline/Nortriptyline <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Clomipramine <input type="checkbox"/> Clozapine <input type="checkbox"/> Fluoxetine <input type="checkbox"/> Fluvoxamine <input type="checkbox"/> Haloperidol <input type="checkbox"/> Imipramine/Desipramine <input type="checkbox"/> Lithium (12 uur) <input type="checkbox"/> Olanzapine <input type="checkbox"/> Paroxetine <input type="checkbox"/> Quetiapine <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Sertraline <input type="checkbox"/> Venlafaxine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ciclosporine [E] ³ <input type="checkbox"/> Everolimus [E] ³ <input type="checkbox"/> Mycophenolzuur [E] ³ <input type="checkbox"/> Sirolimus [E] ³ <input type="checkbox"/> Tacrolimus [E] ³ <input type="checkbox"/>
ANTICOAGULANTIA [BS]	ANTIMICROBIËLE MIDDELEN [BS]	BRONCHOSPASMOLYTICA [BS]	CARDIOVASCULAIRE MIDDELEN [BS]	CYTOSTATICA [BS]
<input type="checkbox"/> Acenocoumarol ² <input type="checkbox"/> Fenprocoumon ² <input type="checkbox"/> Warfarine ² <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Coffeïne <input type="checkbox"/> Theofylline <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amiodaron <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Flecaïnide <input type="checkbox"/> Kinidine <input type="checkbox"/> Mexiletine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Busulfan ¹ <input type="checkbox"/> Imatinib <input type="checkbox"/> Methotrexaat <input type="checkbox"/> Mitotaan (OPDD) <input type="checkbox"/> Nilotinib <input type="checkbox"/> Pazopanib <input type="checkbox"/> Sunitinib <input type="checkbox"/> Tamoxifen <input type="checkbox"/> Treosulfan ¹ <input type="checkbox"/> Everolimus [E] ³ <input type="checkbox"/>
ANTIMICROBIËLE MIDDELEN [BS]	SEDATIVA [BS]			
<input type="checkbox"/> Albendazol <input type="checkbox"/> Amoxicilline <input type="checkbox"/> Benzylpenicilline <input type="checkbox"/> Ceftazidim <input type="checkbox"/> Ceftriaxon (i.v. 0 + 1 uur) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/>			

TOXICOLOGISCHE SCREENING [BS]	TOXICOLOGISCHE SCREENING [UP]	Diagnosticum	Ander Geneesmiddel (Na overleg consultant):
<input type="checkbox"/> Alcoholen screening ²	<input type="checkbox"/> Amfetaminen ⁶	<input type="checkbox"/> Iohexol	<input type="checkbox"/> Overig (stolbuis: serum)
<input type="checkbox"/> Antidepressiva (tricyclische)	<input type="checkbox"/> Barbituraten ⁶	<input type="checkbox"/> Single Shot Iohexol GFR	<input type="checkbox"/> Overig (EDTA bloed) ⁴
<input type="checkbox"/> Benzodiazepinen	<input type="checkbox"/> Benzodiazepinen ⁶		<input type="checkbox"/> Overig (EDTA plasma) ⁴
<input type="checkbox"/> Coumarinderivaten ²	<input type="checkbox"/> Cannabis ⁶		<input type="checkbox"/> Overig (hep.bloed) ⁵
<input type="checkbox"/> Onbekende Farmaca ²	<input type="checkbox"/> Cocaïne ⁶		<input type="checkbox"/> Overig (hep.plasma) ⁵
<input type="checkbox"/> Superwarfarinen ²	<input type="checkbox"/> Methadon ⁶		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Methanol	<input type="checkbox"/> Onbekende Farmaca ⁶		
<input type="checkbox"/> G-hydroxyboterzuur (GHB)	<input type="checkbox"/> Opiaten ⁶		
<input type="checkbox"/> Paracetamol			
<input type="checkbox"/> Salicylaat			