


ALLÉÉN MET POTLOOD AANSTREPEN


Deze ruimte vrijhouden

Doorbellen telefoon:

Deze ruimte gebruiken voor patiëntgegevens

<input type="checkbox"/> Keuring	Arts:	Naam:
<input type="checkbox"/> Afw. bet.inst.	Geb. datum:
<input type="checkbox"/> Thuisprikken	Kopie rapport aan:	Afnamedatum/-tijd:
<input type="checkbox"/> Prikpost	<input type="checkbox"/> 08.00 uur <input type="checkbox"/> 13.00 uur <input type="checkbox"/>

AANVRAAGFORMULIER GENEESMIDDEL SPIEGELBEPALINGEN EN TOXICOLOGISCH ONDERZOEK
Indicatie voor aanvraag:

- uitblijven effect
- nierfunctie stoornis
- metabole stoornis
- vermoeden non-compliance
- bijwerkingen / toxiciteit

- co-medicatie
- geneesmiddelinteractie
- zwangerschap / borstvoeding

Tijd start infuus:	uur
Einde inloop infuus:	uur
Priktijd:	uur

Gegevens van belang bij interpretatie:

lengte:

gewicht:

kreatinine:

Dosering:

tijdstip laatste dosering voor bloedafname: uur

wijze van toediening: oraal i.v. / i.m.

farmacogenetica ja nee

co-medicatie / bijzonderheden:

<p>Anti-epileptica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carbamazepine <input type="checkbox"/> Clonazepam ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Ethosuximide <input type="checkbox"/> Fenobarbital <input type="checkbox"/> Fenytoïne <input type="checkbox"/> Gabapentine <input type="checkbox"/> Lamotrigine <input type="checkbox"/> Levetiracetam <input type="checkbox"/> Oxcarbazepine <input type="checkbox"/> Topiramaat <input type="checkbox"/> Valproïnezuur <input type="checkbox"/> Carbamazepine (Dried Blood Spot) <input type="checkbox"/> Lamotrigine (Dried Blood Spot) <input type="checkbox"/> Levetiracetam (Dried Blood Spot) <input type="checkbox"/> Oxcarbazepine (Dried Blood Spot) <p>TCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Amitriptyline <input type="checkbox"/> Nortriptyline <input type="checkbox"/> Clomipramine <input type="checkbox"/> Imipramine <p>SSRI</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Es-Citalopram <input type="checkbox"/> Fluoxetine <input type="checkbox"/> Fluvoxamine <input type="checkbox"/> Paroxetine <input type="checkbox"/> Sertraline <input type="checkbox"/> Venlafaxine 	<p>Antimicrobiële middelen*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cefazoline ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Cefotaxim ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Cefuroxim ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Ceftazidim ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Ceftibuten ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Cefaclor ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Ceftriaxone⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Gentamicine dal # <input type="checkbox"/> Gentamicine top • <input type="checkbox"/> Gentamicine lokaal <input type="checkbox"/> Tobramycine dal # <input type="checkbox"/> Tobramycine top • <input type="checkbox"/> Vancomycine dal # <input type="checkbox"/> Vancomycine (1 uur na inloop infuus) top <input type="checkbox"/> Vancomycine CONTINUE <input type="checkbox"/> Voriconazol # <p>Overige psychofarmaca</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aripiprazol <input type="checkbox"/> Clozapine <input type="checkbox"/> Haloperidol <input type="checkbox"/> Hydroxy-Risperidon <input type="checkbox"/> Lithium (SST Buis Gel 5 ml) <input type="checkbox"/> Mirtazapine <input type="checkbox"/> Olanzapine <input type="checkbox"/> Quetiapine <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Zuclopentixol 	<p>Immuunsuppressiva</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Azathioprine⁽¹⁾ 7ml <input type="checkbox"/> Ciclosporine <input type="checkbox"/> Everolimus <input type="checkbox"/> Methotrexaat <input type="checkbox"/> Mycofenolzuur <input type="checkbox"/> Sirolimus <input type="checkbox"/> Tacrolimus <input type="checkbox"/> Tioguanine⁽¹⁾ 7ml <p>HIV medicatie*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atazanavir 7ml <input type="checkbox"/> Efavirenz 7ml <input type="checkbox"/> Indinavir 7ml <input type="checkbox"/> Lopinavir 7ml <input type="checkbox"/> Nevirapine 7ml <input type="checkbox"/> Darunavir 7ml <p>Biologicals (stolbuis gel 5 ml)* (geel)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Infliximab <input type="checkbox"/> Infliximab antistoffen <input type="checkbox"/> Adalimumab <input type="checkbox"/> Adalimumab antistoffen <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Rituximab antistoffen <p>Genotypering</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CYP2D6 <input type="checkbox"/> CYP2C19 	<p>Metalen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aluminium (speciale buis) <input type="checkbox"/> Cobalt (speciale buis) <input type="checkbox"/> Chroom (speciale buis) <input type="checkbox"/> Lood (speciale buis) <input type="checkbox"/> Molybdeen (speciale buis) <input type="checkbox"/> Titanium (speciale buis) <input type="checkbox"/> Vanadium (speciale buis) <p>Diversen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Amiodaron <input type="checkbox"/> Digoxine <input type="checkbox"/> Flecainide <input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/> Theofylline <p>Toxicologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Drugs of Abuse (Urine) <input type="checkbox"/> Ethanol <input type="checkbox"/> GHB <input type="checkbox"/> Paracetamol TOX1 <input type="checkbox"/> bloed <input type="checkbox"/> bloedgas <input type="checkbox"/> urine TOX2 (alleen na overleg met dienstdoende apotheker) <p>Anders</p>
--	---	--	---

= vlak voor nieuwe gift • = 1/2 uur na einde inloop infuus * Gegevens van belang bij interpretatie (zie boven) volledig invullen ⁽¹⁾ Na afname direct in ijswater plaatsen Groen = Heparine buis donkergroen 4 ml Paars = K2EDTA buis paars 4 ml