

پرسشنامه داروهای TDM

نام بیمار:		سن:	وزن:	شغل:	نام پزشک:
تاریخ و ساعت نمونه گیری:			تاریخ و نتیجه آزمایش قبلی:		
داروی مورد آزمایش	راه مصرف IV, IM, PO	مدت زمان مصرف	دفعات مصرف روزانه	میزان مصرف Mg/24 hrs	آخرین زمان مصرف (تاریخ و ساعت)
Phenobar					
Phenytoin					
Carbamaz					
Valporic Na					
Primidone					
Ethosuxi					
Lamotrigin					
Gabapentin					
هدف از آزمایش:					
<input type="checkbox"/> تنظیم دوز دارو		<input type="checkbox"/> تغییر نوع دارو		<input type="checkbox"/> وجود عوارض مسمومیت	
سابقه بیماری:					
<input type="checkbox"/> کبدی		<input type="checkbox"/> کلیوی		<input type="checkbox"/> قلبی	
داروهای دیگری که مصرف میشود:					

دستور العمل ثبت داروهای TDM:

- تاریخ پذیرش، نام بیمار، شماره پذیرش، سن و وزن بیمار ذکر شود.
- ارسالی از: نام آزمایشگاه ارسال کننده به همراه شهر نوشته شود. (مانند آزمایشگاه رصد تهران)
- تاریخ و ساعت خونگیری در محل مشخص شده، نوشته شود.
- نتیجه آزمایش قبلی و تاریخ ان قید شود.
- در ستون های تعیین شده، در مقابل هر یک از داروهای مورد استفاده بیمار طریقه مصرف دارو (IV, IM, PO) (خوراکی، تزریقی عضلانی، تزریقی وریدی)، مدت زمان مصرف دارو، دفعات مصرف دارو در روز، مقدار مصرف دارو و نیز تاریخ آخرین مصرف دارو به طور دقیق و جداگانه ذکر شود.
- هدف پزشک از انجام آزمایش با زدن علامت در مقابل گزینه مورد نظر مشخص شود.
- اگر بیمار سابقه بیماری کبدی، کلیوی و قلبی دارد، ذکر شود و چنانچه بیمار داروی دیگری نیز مصرف میکند؛ شرح داده شود.