

فرم ثبت اطلاعات TDM

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: جنسیت: مذکر مونث وزن بیمار: کد ملی: تاریخ مراجعه:

نام داروهای مورد آزمایش:	مدت مصرف:	دفعات مصرف روزانه:	میزان مصرف (mg) در ۲۴ ساعت	زمان آخرین بار مصرف:
۱- فنوتوئین .....	.....۱	.....۱	.....۱	.....۱
۲- فنوباریتال .....	.....۲	.....۲	.....۲	.....۲
۳- سدیم والپرات .....	.....۳	.....۳	.....۳	.....۳
۴- سیکلوسپورین .....	.....۴	.....۴	.....۴	.....۴
۵- ونکوماسین .....	.....۵	.....۵	.....۵	.....۵
۶- کاربامازپین .....	.....۶	.....۶	.....۶	.....۶
وضعیت مزاجی بیمار: طبیعی..... اسهالی..... یبوست.....	منظور از انجام آزمایش: تنظیم دوز دارویی	داروهای دیگری که مصرف می شود:		
آیا امکان بی نظمی در مصرف دارو وجود دارد؟..... آیا بیمار تحت کنترل می باشد؟..... چه مدت؟..... آخرین تظاهرات بیماری چه وقت و به چه صورت بوده؟..... سابقه بیماری های کبدی، کلیوی، قلبی..... در صورت امکان نوع دارو و کارخانه ی سازنده را مشخص نمایید.....				

