

Svar till Handskriven kod: <input type="text" value="C"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Debiteras (om annan än svar till) Handskriven kod: <input type="text" value="C"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Personnummer/reservnummer <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-size: small;">Maskinskrivet nummer innanför ramen</div> Namn Om handskrivet nummer ange här: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---	--

Remitterande läkare ----- Tfn: -----	RIDnummer (maskinskrivet) <input type="checkbox"/> Akut	Laboratoriets noteringar <input type="checkbox"/> v0 <input type="checkbox"/> v10 <input type="checkbox"/> v30 <input type="checkbox"/> v60 <input type="checkbox"/> k0 <input type="checkbox"/> k10 <input type="checkbox"/> k30 <input type="checkbox"/> k60
--	--	---

Provtagningsstid År <input type="text"/> Mån <input type="text"/> Dag <input type="text"/> Klockan <input type="text"/>	Tid för senast intagen dos År <input type="text"/> Mån <input type="text"/> Dag <input type="text"/> Klockan <input type="text"/>	Provtagare, sign ----- Provmottagare, sign -----
--	--	---

Läkemedel 1 1 rör utan tillsats <input type="checkbox"/> S-Amikacin <input type="checkbox"/> S-Buprenorfin <input type="checkbox"/> S-Digoxin <input type="checkbox"/> S-Fenobarbital <input type="checkbox"/> S-Fenytoin <input type="checkbox"/> S-Gentamicin <input type="checkbox"/> S-Hydroxiklorokin <input type="checkbox"/> S-Karbamazepin <input type="checkbox"/> S-Klozapin <input type="checkbox"/> S-Lamotrigin <input type="checkbox"/> S-Levetiracetam <input type="checkbox"/> S-Levonorgestrel <input type="checkbox"/> S-Litium <hr/> <input type="checkbox"/> S-Metadon <input type="checkbox"/> S-Metotrexat <input type="checkbox"/> S-Sulfa <input type="checkbox"/> S-Tobramycin <input type="checkbox"/> S-Valproat <input type="checkbox"/> S-Vancomycin	Läkemedel 2 1 plaströr utan tillsats <input type="checkbox"/> Csv-Gentamicin <input type="checkbox"/> Csv-Vancomycin <hr/> Läkemedel 3 1 rör EDTA <input type="checkbox"/> B-Ciklosporin <input type="checkbox"/> B-Takrolimus <input type="checkbox"/> B-Everolimus <hr/> Läkemedel 4 1 rör EDTA <input type="checkbox"/> P-Mykofenolsyra <hr/> Läkemedel 5 1 rör utan tillsats <input type="checkbox"/> S-Tiopental	Genotypning 1 rör EDTA <input type="checkbox"/> CYP 2C9, genotyp <input type="checkbox"/> CYP 2C19, genotyp <input type="checkbox"/> CYP 2D6, genotyp <input type="checkbox"/> IL28B, genotyp <input type="checkbox"/> NAT2, genotyp <input type="checkbox"/> MTHFR, genotyp <input type="checkbox"/> SLCO1B1, genotyp <input type="checkbox"/> UGT 1A1, genotyp <input type="checkbox"/> TPMT, genotyp <input type="checkbox"/> Waranutredning Innefattar: CYP 2C9, genotyp VKORC1, genotyp var god ange längd, vikt, läkemedel, effekt och biverkning.	Missbruksanalyser - screening 1 rör utan tillsats <input type="checkbox"/> U-Amfetaminer <input type="checkbox"/> U-Bensodiazepiner <input type="checkbox"/> U-Buprenorfin <input type="checkbox"/> U-Cannabis <input type="checkbox"/> U-Fentanyler <input type="checkbox"/> U-Kokain <input type="checkbox"/> U-Metadon <input type="checkbox"/> U-Metadonmetabolit EDDP <input type="checkbox"/> U-Opiater <input type="checkbox"/> U-Tramadol <input type="checkbox"/> U-Etylglukuronid [EtG] <hr/> <input type="checkbox"/> U-Missbruksprofil (amfetaminer, bensodiazepiner, cannabis, kokain, opiater, metadon tramadol, fentanyler) <input type="checkbox"/> Verifiering önskas EJ (Vid påvisbara resultat görs automatiskt verifiering. Om verifiering inte önskas, ange detta i kryssrutan ovan)	Missbruksanalyser - verifiering 1 rör utan tillsats <input type="checkbox"/> U-Amfetaminer <small>(amfetamin inkl l/d-kvot, metaamfetamin, MDMA [ecstasy], MDA, MDEA, metylfenidat)</small> <input type="checkbox"/> U-Bensodiazepiner <small>(temazepam, desmetyldiazepam, oxazepam, lorazepam, aminoklonazepam, hydroxiprazolam, hydroximidazolam, aminoflunitrazepam, aminonitrazepam, hydroxitriazolam)</small> <input type="checkbox"/> U-Buprenorfin <input type="checkbox"/> U-Cannabis (THC-COOH inkl kreatininkvot) <input type="checkbox"/> U-Kokain (bensoylekgonin) <hr/> <input type="checkbox"/> U-Metadon (metadon, EDDP) <input type="checkbox"/> U-Opiater (6-AM, etylmorfin, kodein, morfin, hydromorfon, noroxikodon, oxikodon, fentanyl) <input type="checkbox"/> U-Kiralt amfetamin (l/d-kvot)
--	---	--	---	---

Annan läkemedelsanalys:

Läkemedel som skall analyseras (vid dosändring ange även föregående dos och utsättningsdatum)	Styrka	Dosering	Insatt, datum (eller "sedan länge")	Utsatt, datum
Övriga läkemedel (om inga, ange "inga" eller "0")	Styrka	Dosering	Insatt, datum	Utsatt, datum

Diagnos/övriga upplysningar

Indikation för analys: Terapikontroll Intoxikation Annan:

Effekt <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Tveksam <input type="checkbox"/> Utebliven	Biverkningar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Kliniska uppgifter <input type="checkbox"/> Rökare <input type="checkbox"/> Ej rökare <input type="checkbox"/> Gravid, vecka <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Njurinsufficiens P-Kreatinin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μ mol/L	Längd <input type="text"/> <input type="text"/> cm Vikt <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg P-Albumin <input type="text"/> <input type="text"/> g/L
---	--	--	---