

نام بیمار شماره نام پزشک وزن بیمار سن بیمار

ساعت و تاریخ نمونه گیری تاریخ مراجعه قبلی

زمان آخرین بار مصرف	میزان مصرف (mg) در ۲۴ ساعت	دفعات مصرف روزانه	مدت مصرف	راه مصرف	نام داروهای مورد آزمایش *
.....-۱	.....-۱	.....-۱	.....-۱	IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>	PB µgr / ml -۱
.....-۲	.....-۲	.....-۲	.....-۲	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prim µgr / ml -۲
.....-۳	.....-۳	.....-۳	.....-۳	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Carb µgr / ml -۳
.....-۴	.....-۴	.....-۴	.....-۴	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Etho µgr / ml -۴
.....-۵	.....-۵	.....-۵	.....-۵	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PHT µgr / ml -۵
.....-۶	.....-۶	.....-۶	.....-۶	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Valp µgr / ml -۶
داروهای دیگری که مصرف می شود .				منظور از انجام آزمایش	وضعیت مزاجی بیمار
.....-۱				<input type="checkbox"/>	طبیعی <input type="checkbox"/>
.....-۲				<input type="checkbox"/>	تنظیم دوز دارویی <input type="checkbox"/>
.....-۳				<input type="checkbox"/>	تغییر نوع دارو <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	وجود عوارض مسمومیت <input type="checkbox"/>
					اسهالی <input type="checkbox"/>
					یبوست <input type="checkbox"/>

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 سازنده را مشخص کنید