

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 *
				IV	IM	PO	
.....-۱	.....-۱	.....-۱	.....-۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-Tacrolimus(prograf).....µgr/ml
.....-۲	.....-۲	.....-۲	.....-۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2-Valporic acid(Sodium Valporate)µgr/ml
.....-۳	.....-۳	.....-۳	.....-۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3-Cyclosporine C0 (Sandimmune) .µgr/ml
.....-۴	.....-۴	.....-۴	.....-۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4-Cyclosporine C2 (Sandimmune) .µgr/ml
.....-۵	.....-۵	.....-۵	.....-۵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5-Carbamazepine(Mazepine).....µgr/ml
.....-۶	.....-۶	.....-۶	.....-۶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6-Levetiracetam(Keppra).....µgr/ml
.....-۷	.....-۷	.....-۷	.....-۷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-Lamotrigine(Lamictal).....µgr/ml
.....-۸	.....-۸	.....-۸	.....-۸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-Phenobarbital(Luminal Solfotor).µgr/ml
.....-۹	.....-۹	.....-۹	.....-۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9-Phenytoin (Phenytak).....µgr/ml
.....-۱۰	.....-۱۰	.....-۱۰	.....-۱۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10-Sirolimus(Rapamune).....µgr/ml
.....-۱۱	.....-۱۱	.....-۱۱	.....-۱۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11-Oxcarbazepine.....µgr/ml
.....-۱۲	.....-۱۲	.....-۱۲	.....-۱۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-Primidon(Mysoline).....µgr/ml
.....-۱۳	.....-۱۳	.....-۱۳	.....-۱۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13-Adalimomab .....µgr/ml
.....-۱۴	.....-۱۴	.....-۱۴	.....-۱۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14- Topiramate. ....µgr/ml
.....-۱۵	.....-۱۵	.....-۱۵	.....-۱۵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15-Everolimus(Certican).....µgr/ml
.....-۱۶	.....-۱۶	.....-۱۶	.....-۱۶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16- sulfonylurea.....µgr/ml
.....-۱۷	.....-۱۷	.....-۱۷	.....-۱۷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17-Ethosuximide(Zarontin).....µgr/ml
.....-۱۸	.....-۱۸	.....-۱۸	.....-۱۸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18-Acetaminophen.....µgr/ml
.....-۱۹	.....-۱۹	.....-۱۹	.....-۱۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19-Gabapentin.....µgr/ml
.....-۲۰	.....-۲۰	.....-۲۰	.....-۲۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-Clobazam.....µgr/ml
.....-۲۱	.....-۲۱	.....-۲۱	.....-۲۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21-Salicylate(Aspirin).....µgr/ml
.....-۲۲	.....-۲۲	.....-۲۲	.....-۲۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22-Methotrexare.....µgr/ml
.....-۲۳	.....-۲۳	.....-۲۳	.....-۲۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23- .....µgr/ml

دارو های دیگری که مصرف می شود.	منظور از انجام آزمایش	وضعیت مزاجی بیمار
.....-1	<input type="checkbox"/> تنظیم دوز دارویی	<input type="checkbox"/> طبیعی.....
.....-2	<input type="checkbox"/> تغییر نوع دارو	<input type="checkbox"/> اسهالی.....
.....-3	<input type="checkbox"/> وجود عوارض مسمومیت	<input type="checkbox"/> یبوست.....

آیا امکان بی نظمی در مصرف دارو وجود دارد؟.....
 آیا بیمار تحت کنترل میباشد؟..... 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 نمایید.....