



پرسشنامه اندازه گیری سطح دارو ها

نام بیمار:						سن:	وزن:	شغل:	نام پزشک:		
تاریخ و ساعت نمونه گیری:						تاریخ و نتیجه آزمایش قبلی:					
داروی مورد آزمایش	راه مصرف IM , IV , PO	مدت زمان مصرف	دفعات مصرف روزانه	میزان مصرف Mg/۲۴ hrs	آخرین زمان مصرف (تاریخ و ساعت)						
Phenobar											
Phenytoin											
Carbamaz											
Valporic Na											
Primidone											
Ethosuxi											
Lamotrigin											
Gabapentin											
هدف از آزمایش:						تنظیم دوز دارو:	<input type="checkbox"/>	تغییر نوع دارو:	<input type="checkbox"/>	وجود عوارض مسمومیت:	<input type="checkbox"/>
سابقه بیماری:						کبدی:	<input type="checkbox"/>	کلیوی:	<input type="checkbox"/>	قلبی:	<input type="checkbox"/>
داروهای دیگری که مصرف می شود:											