

نام بیمار:						سن:						وزن:						شغل:						نام پزشک:																							
تاریخ و ساعت نمونه‌گیری:												تاریخ و نتیجه آزمایش قبلی:																																			
داروی مورد آزمایش	راه مصرف IM , IV , PO	مدت زمان مصرف	دفعات مصرف روزانه	میزان مصرف Mg/24 hrs	آخرین زمان مصرف (تاریخ و ساعت)																																										
Phenobar																																															
Phenytoin																																															
Carbamaz																																															
Valporic Na																																															
Primidone																																															
Ethosuximide																																															
Lamotrigin																																															
Gabapentin																																															
Topamax																																															
Diazepam																																															
Alprazolam																																															
Oxazepam																																															
Clonazepam																																															
Aspirin																																															
Acetaminophen																																															
Gentamycin																																															
Amikacin																																															
Vancomycin																																															
هدف از آزمایش:												تنظیم دوز دارو:												تغییر نوع دارو:												وجود عوارض مسمومیت:											
سابقه بیماری:												کبدی:												کلیوی:												قلبی:											
داروهای دیگری که مصرف می‌شود:																																															

دستورالعمل ثبت داروهای TDM

- * تاریخ پذیرش ، نام بیمار ، شماره پذیرش ، سن و وزن بیمار ذکر شود.
- * ارسالی از : نام آزمایشگاه ارسال کننده به همراه نام شهر نوشته شود.(مانند نور تهران)
- * تاریخ و ساعت خونگیری درمحل مشخص شده نوشته شود.
- * نتیجه آزمایش قبلی و تاریخ انجام آن قید شود.
- * در ستونهای تعیین شده ، در مقابل هر کدام از داروهای مورد استفاده بیمار طریقه مصرف دارو (PO , IV, IM (خوردنی ، تزریق ورید ، تزریق عضلانی) ، مدت زمانی که بیمار دارو مصرف میکند ، دفعات مصرف در روز ، مقدار مصرف هر دارو و نیز تاریخ آخرین زمان مصرف دارو بطور دقیق و جداگانه ذکر شود.
- * هدف پزشک از انجام آزمایش را با زدن علامت مناسب در مقابل گزینه مورد نظر مرقوم فرمائید.
- * اگر بیمار سابقه بیماری کبدی ، کلیوی و قلبی دارد ، آن را ذکر کنید.
- * چنانچه داروهای دیگری نیز مصرف میکند ، شرح دهید.