

Gegevens patiënt (verplicht)

BSN _____

Geboortedatum (dd-mm-jjjj) _____

Naam en voorletters _____

Geslacht _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Patiëntnummer _____

Ziekenhuisapotheek ETZ
 ETZ Locatie TweeSteden
 Dr. Deelenlaan 5, 5042 AD Tilburg
 Tel.: 013-2215662
 (Bereikbaar tussen 08:30 en 17:00)

www.etz.nl

Informatie over bepalingen
 www.etz.nl/bepalingen

Instelling _____ Afnamedatum en tijd _____

Aanvrager _____ Materiaalsoort _____

Bijzonderheden _____

Geneesmiddel	Dosering	Laatste gift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Datum <input type="text"/> Tijd <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Datum <input type="text"/> Tijd <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Datum <input type="text"/> Tijd <input type="text"/>

Antibacteriële middelen	Anti Epileptica	Immunosuppressiva	Psychofarmaca
<input type="checkbox"/> Amikacine dal <input type="checkbox"/> Amikacine 6-u dal <input type="checkbox"/> Amikacine top <input type="checkbox"/> Gentamycine dal <input type="checkbox"/> Gentamycine top <input type="checkbox"/> Tobramycine dal <input type="checkbox"/> Tobramycine 6-u dal <input type="checkbox"/> Tobramycine top <input type="checkbox"/> Vancomycine continue <input type="checkbox"/> Vancomycine dal <input type="checkbox"/> Vancomycine top	<input type="checkbox"/> Carbamazepine <input type="checkbox"/> Ethosuximide <input type="checkbox"/> Felbamaat <input type="checkbox"/> Fenobarbital <input type="checkbox"/> Fenytoïne <input type="checkbox"/> <i>Fenytoïne vrije fractie</i> <input type="checkbox"/> Gabapentine <input type="checkbox"/> Lacosamide <input type="checkbox"/> Lamotrigine <input type="checkbox"/> Levetiracetam <input type="checkbox"/> Oxcarbazepine <input type="checkbox"/> Pregabaline <input type="checkbox"/> Primidon <input type="checkbox"/> Topiramaat <input type="checkbox"/> Valproïnezuur <input type="checkbox"/> <i>Valproïnezuur vrije fractie</i> <input type="checkbox"/> Zonisamide	<input type="checkbox"/> <i>Adalimumab</i> <input type="checkbox"/> <i>Adalimumab antistoffen</i> <input type="checkbox"/> Azathiopurine <input type="checkbox"/> Ciclosporine <input type="checkbox"/> Everolimus <input type="checkbox"/> <i>Infliximab</i> <input type="checkbox"/> <i>Infliximab antistoffen</i> <input type="checkbox"/> Mercaptopurine <input type="checkbox"/> Methotrexaat <input type="checkbox"/> Mycofenolzuur <input type="checkbox"/> <i>Natalizumab</i> <input type="checkbox"/> <i>Natalizumab antistoffen</i> <input type="checkbox"/> Sirolimus <input type="checkbox"/> Tacrolimus <input type="checkbox"/> Tioguanine <input type="checkbox"/> <i>Ustekinumab</i> <input type="checkbox"/> <i>Ustekinumab antistoffen</i> <input type="checkbox"/> <i>Vedolizumab</i> <input type="checkbox"/> <i>Vedolizumab antistoffen</i>	<input type="checkbox"/> Amitriptyline <input type="checkbox"/> <i>Citalopram</i> <input type="checkbox"/> Clomipramine <input type="checkbox"/> Clozapine <input type="checkbox"/> <i>Fluoxetine</i> <input type="checkbox"/> <i>Fluvoxamine</i> <input type="checkbox"/> <i>Haloperidol</i> <input type="checkbox"/> Imipramine <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> <i>Mianserine</i> <input type="checkbox"/> <i>Mirtazepine</i> <input type="checkbox"/> Nortriptyline <input type="checkbox"/> <i>Olanzapine</i> <input type="checkbox"/> <i>Paroxetine</i> <input type="checkbox"/> <i>Quetiapine</i> <input type="checkbox"/> <i>Risperidon</i> <input type="checkbox"/> <i>Sertraline</i> <input type="checkbox"/> <i>Venlafaxine</i>
Cardiaca <input type="checkbox"/> <i>Amiodaron</i> <input type="checkbox"/> Digoxine	Toxicologie <input type="checkbox"/> Aceton <input type="checkbox"/> Ethyleenglycol <input type="checkbox"/> GHB <input type="checkbox"/> Isopropanol <input type="checkbox"/> <i>Lood</i> <input type="checkbox"/> Methanol <input type="checkbox"/> Paracetamol <input type="checkbox"/> Salicylzuur <input type="checkbox"/> Thiocynaat	Antimytotica <input type="checkbox"/> <i>Flucytosine</i> <input type="checkbox"/> <i>Fluconazol</i> <input type="checkbox"/> Isavuconazol <input type="checkbox"/> <i>Itraconazol</i> <input type="checkbox"/> Posaconazol <input type="checkbox"/> Voriconazol	Overigen <input type="checkbox"/> <i>Clobazam</i> <input type="checkbox"/> <i>Clonazepam</i> <input type="checkbox"/> <i>Diuretica screening</i> <input type="checkbox"/> <i>Laxantia screening</i> <input type="checkbox"/> <i>Midazolam</i> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Opmerkingen