

OKBHI NNH
KLINICKOFARMAKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ PŘI LÉČBĚ

DIGOXIN

1. Jméno a příjmení pacienta:.....číslo pojištěnce:..... hmotnost: ____kg
výška: ____cm Datum odběru.....hod.....

2. důvod vyšetření:
- vyšetření při příjmu
 - zahájení terapie
 - periodická kontrola
 - kontrola po změně dávky
 - podezření z intoxikace
 - předpokládané nedostatečné dávkování
 - snížená funkce ledvin
 - stanovení potřeby dlouhodobé digitalizace
 - interakce s jinými léky
 - jiné důvody; jaké _____

3. dávkování digoxinu:
přípravek: _____ dávka: _____
Digoxin 0,125 mg tbl. _____
Digoxin 0,250 mg tbl. _____
Digoxin inj. _____

4. poslední dávka: _____ den: _____ hodina: _____

5. aplikace: nad 10 dní méně, kolik _____

6. známky toxicity: ano ne

7. stav kardiální kompenzace:
 úplná frustní známky dekompenzace zjevná dekompenzace

8. funkce štítné žlázy: bez známek dysfunkce zvýšená snížená

9. EKG:

10. další léčiva: