

OKBHI NNH  
KLINICKOFARMAKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ PŘI LÉČBĚ

TEOFYLIN

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
    - snížení funkce jater
    - srdeční selhání s městnáním
    - interakce s jinými léky
    - přechod z parenterální na perorální léčbu
    - jiné důvody; jaké\_\_\_\_\_

3. dávkování teofylinu:

přípravek:

dávka:

způsob aplikace:

---

---

---

---

4. poslední dávka:

den:\_\_\_\_\_

hodina:\_\_\_\_\_

5. aplikace:

více než 5 dní

méně, kolik \_\_\_\_\_

6. kuřák:

ano

ne

7. známky toxicity:

ano

ne

8. těžká resp. insuficience:

ano

ne

9. další léčiva: