

**MONITOROWANIE STĘŻENIA LEKÓW  
niezbędne informacje**

**ESSENTIAL CLINICAL DETAILS  
REQUIRED FOR ALL THERAPEUTIC MONITORING  
(MEDICATION QUANTIFICATION)**

**DANE PACJENTA/PATIENT DETAILS**

Imię/First name(s): ..... Nazwisko/Surname: .....

Płeć/Gender  K (F)  M (M)

Data urodzenia/Date of birth:   | | |   | | |   | | | | | |

Kod zlecenia/File reference: .....

**OCENA STĘŻENIA LEKU/MEDICATION QUANTIFICATION**

Lek/substancja czynna/Drug/molecule: .....

.....

Dawkowanie leku/Dosage regimen/posology: .....

.....

Częstotliwość podawania/Frequency of administration: .....

.....

Data i godzina ostatniego podania leku/Date and time of last administration:

| | | |   | | | |   | | | |   at   | | | |   hrs   | | | |   min

Data i godzina pobrania próbki/Date and time of sample collection:

| | | |   | | | |   | | | |   at   | | | |   hrs   | | | |   min

**Dodatkowe informacje (waga/wzrost), inne istotne dane kliniczne/Additional information (weight/height) and clinical context:**

.....

.....

.....