



BSN (verplicht): _____
 Naam partner: _____
 Geboortenaam: _____
 Voorletters: _____
 Geboortedatum: _____ Geslacht: _____

Laboratorium Apotheek tel. 088-755 60 88
 Huispostnummer D00.2.04
 Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht
 FAX nummer: 088 - 755 56 06

Straat + huisnr: _____
 Postcode: _____
 Woonplaats: _____
 Verzekering + nr: _____

**Dit formulier is uitsluitend bedoeld voor externe
aanvragers**

Instelling: _____ Afnamedatum en tijd: _____ Bijzonderheden: _____
 Aanvrager: _____ Materiaalsoort: _____

BLOED

ANTIBIOTICA	ANTIMYCOTICA	BRONCHODILATANTIA	PSYCHOFARMACA	VLOEISTOFFEN
<input type="checkbox"/> Amikacine	<input type="checkbox"/> 5-Flucytosine	<input type="checkbox"/> Coffeine	<input type="checkbox"/> Amitriptyline	<input type="checkbox"/> Ethyleenglycol
<input type="checkbox"/> Gentamicine	<input type="checkbox"/> Fluconazol	<input type="checkbox"/> Theofylline	<input type="checkbox"/> Aripiprazol	<input type="checkbox"/> GHB
<input type="checkbox"/> Sulfamethoxazol/Trimethoprim	<input type="checkbox"/> Isavuconazol	ANALGETICA	<input type="checkbox"/> Citalopram	<input type="checkbox"/> Methanol
<input type="checkbox"/> Tobramycine	<input type="checkbox"/> Itraconazol	<input type="checkbox"/> Salicylzuur	<input type="checkbox"/> Clomipramine	<input type="checkbox"/> Propyleenglycol
ANTI EPILEPTICA	<input type="checkbox"/> Posaconazol	CARDIACA	<input type="checkbox"/> Clozapine	SREENINGS
<input type="checkbox"/> Carbamazepine	<input type="checkbox"/> Voriconazol	<input type="checkbox"/> Amiodarone	<input type="checkbox"/> Escitalopram	<input type="checkbox"/> Tox.screening ^[2]
<input type="checkbox"/> Ethosuximide	ANTIVIRALE MIDDELEN	<input type="checkbox"/> Diltiazem	<input type="checkbox"/> Fluoxetine	<input type="checkbox"/> Antihypertensiva ^[4]
<input type="checkbox"/> Felbamaat	<input type="checkbox"/> Aciclovir	<input type="checkbox"/> Disopyramide	<input type="checkbox"/> Fluvoxamine	OVERIGEN
<input type="checkbox"/> Fenobarbital	<input type="checkbox"/> Amprenavir	<input type="checkbox"/> Flecainide	<input type="checkbox"/> Haloperidol	<input type="checkbox"/> Baclofen
<input type="checkbox"/> Fenytoïne	<input type="checkbox"/> Bictegravir	<input type="checkbox"/> Kinidine	<input type="checkbox"/> Imipramine	<input type="checkbox"/> Cotinine
<input type="checkbox"/> Gabapentine	<input type="checkbox"/> Darunavir	<input type="checkbox"/> Lidocaine	<input type="checkbox"/> Mirtazapine	
<input type="checkbox"/> Lacosamide	<input type="checkbox"/> Doravirine	<input type="checkbox"/> Metoprolol	<input type="checkbox"/> Nortriptyline	
<input type="checkbox"/> Lamotrigine	<input type="checkbox"/> Dolutegravir	<input type="checkbox"/> Sotalol	<input type="checkbox"/> Olanzapine	
<input type="checkbox"/> Levetiracetam	<input type="checkbox"/> Efavirenz	<input type="checkbox"/> Verapamil	<input type="checkbox"/> Paliperidon	
<input type="checkbox"/> Oxcarbazepine	<input type="checkbox"/> Etravirine	IMMUNOSUPPRESSIVA	<input type="checkbox"/> Paroxetine	
<input type="checkbox"/> Pregabaline	<input type="checkbox"/> Ganciclovir	<input type="checkbox"/> Azathioprine ^[1,3]	<input type="checkbox"/> Quetiapine	
<input type="checkbox"/> Pentobarbital	<input type="checkbox"/> Lopinavir	<input type="checkbox"/> Ciclosporine	<input type="checkbox"/> Risperidon	
<input type="checkbox"/> Primidon	<input type="checkbox"/> Nelfinavir	<input type="checkbox"/> Everolimus	<input type="checkbox"/> Sertraline	
<input type="checkbox"/> Stiripentol	<input type="checkbox"/> Nevirapine	<input type="checkbox"/> Mercaptopurine ^[1,3]	<input type="checkbox"/> Venlafaxine	
<input type="checkbox"/> Thiopental	<input type="checkbox"/> Raltegravir	<input type="checkbox"/> Mycophenolzuur	SEDATIVA	
<input type="checkbox"/> Topiramaat	<input type="checkbox"/> Rilpivirine	<input type="checkbox"/> Sirolimus	<input type="checkbox"/> Alprazolam	
<input type="checkbox"/> Valproinezuur	BIOLOGICALS	<input type="checkbox"/> Tacrolimus	<input type="checkbox"/> Clobazam	
<input type="checkbox"/> Vigabatrine	<input type="checkbox"/> Adalimumab	<input type="checkbox"/> Thioguanine ^[1,3]	<input type="checkbox"/> Clonazepam	
<input type="checkbox"/> Zonisamide	<input type="checkbox"/> Emicizumab	<input type="checkbox"/> Upadacitinib	<input type="checkbox"/> Diazepam	
	<input type="checkbox"/> Infliximab	ONCOLYTICA	<input type="checkbox"/> Lorazepam	
	<input type="checkbox"/> Vedolizumab	<input type="checkbox"/> Busulfan	<input type="checkbox"/> Midazolam	
		<input type="checkbox"/> Cabozantinib	<input type="checkbox"/> Nitrazepam	
		<input type="checkbox"/> Dasatinib	<input type="checkbox"/> Nordazepam	
		<input type="checkbox"/> Fludarabine	<input type="checkbox"/> Oxazepam	
		<input type="checkbox"/> Imatinib	<input type="checkbox"/> Temazepam	
		<input type="checkbox"/> Ruxolitinib		
		<input type="checkbox"/> Pazopanib		

Tenzij in de voetnoot anders vermeld, altijd in een EDTA-buis afnemen

Zonder tegenbericht wordt het materiaal 14 dagen na analyse vernietigd

KLINISCHE VRAAGSTELLING

1: Monster na afname direct in de koelkast bewaren en gekoeld versturen
 2: Na telefonisch overleg met dagdienst apotheker (088-75574488)

3: Afnemen in een 10 ml Li-heparine buis
 4: Aanvraag voorzien van medicatielijst