



Plak hier het patiëntengegevensetiket met barcode:

P.I.N
Naam/meisjesnaam
Voornaam + o.v. voorl.
Geb. Dat. + geslacht
Straat + nummer
Postcode + woonpl.
Verz. + polisnr.

Laboratorium Apotheek tel. 088-755 97 41

Huispostnummer D00.2.04

Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht

Website: <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Professionals/Diagnostiek-aanvragen/Farmalab>

FAX nummer: 088 - 755 56 06

Afdeling: _____ Afnamedatum: _____ Bijzonderheden: _____

Arts: _____ Afnametijd: _____

BLOEDSPOT

Tobramycine (inclusief creatinine)*

- Datum laatste toediening: _____

- Tijdstip laatste toediening: _____

Vancomycine (inclusief creatinine)*

*** Vul minimaal 2 bloedspots en vergeet niet de afnametijd en afnamedatum in te vullen**

KLINISCHE VRAAGSTELLING