



نام بیمار:	تاریخ تولد: / /	وزن بیمار:	تاریخ پذیرش: / /
------------	-----------------	------------	------------------

تاریخ نمونه گیری: / /	ساعت نمونه گیری:	تاریخ مراجعه قبلی: / /
-----------------------	------------------	------------------------

نام دارو	روش مصرف	مدت مصرف	دفعات مصرف روزانه	میزان مصرف روزانه	زمان آخرین مصرف
Oxcarbamazepin mg	IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>			mg	

آیا امکان بی نظمی در مصرف دارو وجود دارد؟

آیا بیمار تحت کنترل می باشد؟ چه مدت زمان؟

سلبقه بیماری های کبدی، کلیوی؟

در صورت امکان کارخانه سازنده دارو مصرفی را نام ببرید:

توضیحات: