

Ao Laboratório de Neurociências do IPq

Solicito monitorização terapêutica de:

- Clozapina
- Haloperidol
- Olanzapina
- Lamotrigina
- Fluoxetina e norfluoxetina
- Clomipramina e desmetilclomipramina
- Amitripitilina e Nortriptilina
- Sertralina
- Paroxetina
- Imipramina e desipramina

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

Sexo: feminino masculino

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

e-mail: _____

Telefone para contato: () _____

Diagnóstico: _____

Indicação para a monitorização:

a) Resposta terapêutica insuficiente

b) Intolerância, efeitos colaterais

c) Outra _____

Dose do medicamento: _____

Solicitação especial para este caso:

Data da coleta: ____/____/____ (dd/mm/aaaa) Hora: _____

Médico solicitante: _____ CRM: _____

e-mail: _____

Instruções de coleta:

- Coletar sangue periférico em tubo de heparina antes da medicação da manhã.
- Valor da dosagem: R\$ 350,00.
- Na cidade de São Paulo é possível agendar a coleta do sangue com o Laboratório no telefone (11) 2661- 7283 (Taxa de coleta domiciliar: R\$ 150,00).