

# AANVRAAGFORMULIER VOOR IMATINIB (GLIVEC®) PLASMASPIEGELBEPALING

EUTOS FOR CML

**Vrije Universiteit Medisch Centrum**  
**Laboratorium Klinische Farmacologie en Apotheek (ZH OD111)**

T.a.v. de heer A. Sinjewel  
De Boelelaan 1117  
1081 HV Amsterdam  
Tel: 020-4443547 / 48 Fax: 020-4443525

## Patiëntgegevens:

Identificatielabel nummer:

OF

Achternaam: \_\_\_\_\_

Meisjesnaam: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Geslacht  Man

Vrouw

Geboortedatum: .... / .... / .....

## Gegevens klinische afdeling:

Telefoon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Volledig adres en/of

afdelingsstempel: \_\_\_\_\_

## DENKT U BIJ BLOEDAFNAME AAN:

- VLAK VOOR inname imatinib  
(=residueel)
- Buis: Heparinebuis;  
plasma afnemen na centrifugeren

Bloedafname

Datum: .... / .... / .....

Tijd: .... : .... uur

Imatinib dosis

Ochtend      Middag      Avond

Aanvangsdatum: .... / .... / .....

Incidenten tijdens bloedafname: \_\_\_\_\_

## Wijze van aanlevering:

PLASMA moet worden verzonden met de reguliere post bij een omgevingstemperatuur niet hoger dan 30°C