**Busulfan 血中濃度檢驗申請單**

|  |  |
| --- | --- |
| 送檢單位名稱 |  |
| 主治醫師 |  |
| 電話/聯絡人 |  |
| e-amil (報告傳送) |  |
| 病人姓名 |  |
| 病歷號/身分證號 |  |
| 出生年/月/日 |  |
| 體重(kg) |  |
| 身高(cm) |  |
| 體表面積(m2) |  |
| 給藥劑量Dose administered (mg) |  |
| 計畫給藥時間 |  |
| Target AUC (cumulative AUC in mg\*h/L) |  |

**\*檢驗結果若劑量調整>25%時,建議第2天或第3天再抽一次血送驗**

**Busulfan 血中濃度檢驗送檢單**

下表請詳細載明日期與時間(幾點幾分)

 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 開始注射Busulfan時間 時:分 |  |
| 開始注射Busulfan時間 時:分 |  |
| 第一次採血時間 時:分 |  |
| 第二次採血時間 時:分 |  |
| 第三次採血時間 時:分 |  |
| 第四次採血時間 時:分 |  |

完成3小時注射後5分、1小時、2小時和3小時各採兩管血

檢體採完後請離心分離出血漿-20℃冰存