

Ime in priimek: _____
Datum rojstva: _____
Zaporedna št. obrazca: _____

KLINIČNA POT: KLOZAPIN	Pred uvedbo	1.-18. teden						19.-53. teden			2. leto zdravljenja		Nadaljnje zdravljenje
		1x tedensko						1x mesečno			1x vsake 3 mesece*		1x letno**
Hemogram in DKS ¹	<input type="checkbox"/>	1. teden <input type="checkbox"/>	2. teden <input type="checkbox"/>	3. teden <input type="checkbox"/>	4. teden <input type="checkbox"/>	5. teden <input type="checkbox"/>	6. teden <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podpis zdravnika:													
Datum, podpis:													
		7. teden <input type="checkbox"/>	8. teden <input type="checkbox"/>	9. teden <input type="checkbox"/>	10. teden <input type="checkbox"/>	11. teden <input type="checkbox"/>	12. teden <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podpis zdravnika:													
Datum, podpis:													
		13. teden <input type="checkbox"/>	14. teden <input type="checkbox"/>	15. teden <input type="checkbox"/>	16. teden <input type="checkbox"/>	17. teden <input type="checkbox"/>	18. teden <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Podpis zdravnika:													
Datum, podpis:													
Serumska koncentracija ² (ref.: 0,35-0,5 mg/L)	* V kolikor je klinično indicirano <input type="checkbox"/> Datum, podpis: _____,c=_____ <input type="checkbox"/> Datum, podpis: _____,c=_____ <input type="checkbox"/> Datum, podpis: _____,c=_____												

* Če v prvem letu zdravljenja ni prišlo do nevtropenije ** Če v prvih dveh letih zdravljenja ni prišlo do nevtropenije

¹ Klozapin poveča tveganje za nevtropenijo in agranulocitozo. Po novejših priporočilih (09/2025) zadostuje spremljanje (absolutnega) števila nevtrofilcev (ANC).

blaga nevtropenija: $ANC = 1000 - 1500 /mm^3 = 1,0 - 1,5 \cdot 10^9 /L$

zmerna nevtropenija: $ANC = 500 - 999 /mm^3 = 0,5 - 0,999 \cdot 10^9 /L$

huda nevtropenija: $ANC < 500 /mm^3 = < 0,5 \cdot 10^9 /L$

² **Vzorec za merjenje koncentracije klozapina je potrebno odvzeti tik pred jutranjim odmerkom (pomembno je tudi, da je dnevni odmerek pri posameznem pacientu enak vsaj 2-3 dni). Vzorec se odvzame v biokemično epruveto brez dodatkov (rdeč zamašek).**

Ime in priimek:

Datum rojstva:

Zaporedna št. obrazca: ____

KLINIČNA POT: KLOZAPIN	Pred uvedbo	Prvo leto zdravljenja								Nadaljnje zdravljenje		
		Po 2 tednih	Po 4 tednih	Po 6 tednih	Po 8 tednih	Po 3 mesečih	Po 6 mesečih	Po 9 mesečih	Po 12 mesečih	1x na 6 mesecev		Enkrat letno
Hepatogram ³	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glukoza ⁴	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
HbA1c ⁵	<input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/>
Lipidogram	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TSH, T3, T4	<input type="checkbox"/>											
Elektroliti (Na, K, Cl, Ca, fosfat) ⁶	<input type="checkbox"/>											
S-kreatinin, oGF	<input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/>

Datum: 1. 4. 2026

Oznaka dokumenta: KP_021 01

Ime in priimek:

Datum rojstva:

Zaporedna št. obrazca: ____

KLINIČNA POT: KLOZAPIN	Prvo leto zdravljenja									Nadaljnje zdravljenje	
	Pred uvedbo	Po 2 tednih	Po 4 tednih	Po 6 tednih	Po 8 tednih	Po 3 mesecih	Po 6 mesecih	Po 9 mesecih	Po 12 mesecih	1x na 6 mesecev	Enkrat letno
Urin	<input type="checkbox"/>										
S-beta-HCG (SB Ptuj)(ženske v rodni dobi)	<input type="checkbox"/>										
Sečnina											<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>
EEG	<input type="checkbox"/>	* V kolikor je klinično indicirano <input type="checkbox"/> Datum, podpis: _____ <input type="checkbox"/> Datum, podpis: _____									
Telesna teža	___ kg									___ kg	___ kg
Telesna višina	___ m									___ m	___ m
ITM	___ kg/m ²									___ kg/m ²	___ kg/m ²
Krvni tlak, pulz ⁷	___ mmHg ___ /min	___ mmHg ___ /min	___ mmHg ___ /min	___ mmHg ___ /min						___ mmHg ___ /min	___ mmHg ___ /min
Podpis zdravnika:										Podpis vpiši pod okvirček (ob strani pusti prostor še za DMS)	
Datum:										Datum in podpis vpiši ob okvirčku.	
Podpis:											

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Zaporedna št. obrazca: _____

Telesna temperatura ⁸	* V kolikor je klinično indicirano	_____ °C (izključeno/potrjeno)
Farmacevt	<input type="checkbox"/> Datum, podpis: _____	<input type="checkbox"/> Datum, podpis: _____ <input type="checkbox"/> Datum, podpis: _____ <input type="checkbox"/> Datum, podpis: _____

³ Če je zvišanje vrednosti testov jetrne funkcije klinično pomembno (več kot 3-kratnik zgornje meje referenčnega območja) ali se pojavijo simptomi zlatenice, je treba zdravljenje prekiniti. Pri teh bolnikih in pri bolnikih, ki med zdravljenjem razvijejo simptome disfunkcije jeter je treba pogosteje spremljati.

⁴ Bolnike s potrjeno diagnozo diabetesa in tiste s prisotnimi dejavniki tveganja za razvoj sladkorne bolezni je priporočeno spremljati pogosteje.

⁵ Če je pacient sladkorni bolnik ali ima prisotne dejavnike tveganja za razvoj sladkorne bolezni (debelost, hiperlipidemija, družinska anamneza).

⁶ Če je potrebna meritev magnezija, se k okvirčku pripiše Mg (meritve se izvajajo v SB Ptuj).

⁷ V prvih tednih po uvedbi je priporočljivo pogostejše merjenje krvnega tlaka in pulza. Meritve lahko v tabelo vpišete neodvisno od predlaganih časovnih točk.

⁸ Pri nekaterih bolnikih lahko pride do prehodnega zvišanja TT na 38°C, najpogosteje v prvih treh tednih. Pri teh je potrebno izključiti možnost okužbe ali razvoja agranulocitoze kot vzrok. Pri zelo zvišani TT je treba pomisliti na možnost nevroleptičnega malignega sindroma (NMS). Če je TT pri pacientu povišana, vrednost vpišite tabelo in pripišite ali ste izključili/potrdili navedene vzroke in ukrep (v kolikor ste katerega potrdili).

Ime in priimek:
Datum rojstva:
Zaporedna št. obrazca: _____

Pri bolnikih, ki so zdravilo Leponex prejeli več kot 18. tednov in so zdravljenje **prekinili za več kot tri dni, a manj kot 4 tedne**, po ponovni uvedbi uporabimo spodnjo tabelo (KLOZAPIN-TABELA 3).

*Če je bilo zdravljenje prekinjeno **dlje kot 4 tedne**, uporabimo KLOZAPIN-TABELA 1.*

	Pred uvedbo	1.-6. teden			7.-53. teden						2. leto zdravljenja		Nadaljnje zdravljenje
		1. teden	2. teden	3. teden	1x mesečno						1x vsake 3 mesece*		1x letno**
Hemogram in DKS ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podpis zdravnika:													
Datum, podpis:													
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podpis zdravnika:													
Datum, podpis:													