

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Zaporedna št. obrazca: _____

KLINIČNA POT: VALPROAT	UVAJANJE									VZDRŽEVALNO SPREMLJANJE				
	Pred uvedbo	Po 2 tednih	Po 4 tednih	Po 2 mesecih	Po 3 mesecih	Po 4 mesecih	Po 5 mesecih	Po 6 mesecih	Po 9 mesecih	V kolikor je klinično indicirano ¹		Vsakih 6 mesecev		Enkrat letno
Serumski nivo valproata ² (ref.: 340-670 μmol/L)		<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___		<input type="checkbox"/> c=___			<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	
										<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	
										<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	<input type="checkbox"/> c=___	
Hemogram in DKS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Hepatomogram ³	<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"/>	
												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glukoza ⁴	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Proteinogram ⁴ (albumin, celokupni proteini) (ZD Ormož)	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
												<input type="checkbox"/>		
												<input type="checkbox"/>		
TSH, T3, T4	<input type="checkbox"/>													<input type="checkbox"/>
														<input type="checkbox"/>
														<input type="checkbox"/>
Elektroliti ⁴ (Na, K, Cl, Ca, fosfat)	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
												<input type="checkbox"/>		
												<input type="checkbox"/>		

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Zaporedna št. obrazca: _____

KLINIČNA POT: VALPROAT	UVAJANJE									VZDRŽEVALNO SPREMLJANJE			
	Pred uvedbo	Po 2 tednih	Po 4 tednih	Po 2 mesecih	Po 3 mesecih	Po 4 mesecih	Po 5 mesecih	Po 6 mesecih	Po 9 mesecih	V kolikor je klinično indicirano ¹	Vsakih 6 mesecev		Enkrat letno
Kreatinin, oGF	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
Sečnina	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
Urin	<input type="checkbox"/>												
Lipidogram	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>					
S-beta-HCG (ženske v rodni dobi) (SB Ptuj)	<input type="checkbox"/>												
EKG	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>
Amonijak ⁵	<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"/>	
Koagulacijski testi – PTČ, INR ⁶ (ZD Ormož)	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podpis zdravnika:										Podpis vpiši pod okvirček (ob strani pusti prostor še za DMS)			
Datum:										Datum in podpis vpiši ob okvirčku.			
Podpis DMS:													

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

Telesna teža	_____ kg											_____ kg
Telesna višina	_____ m											_____ m
ITM	_____ kg/m ²											_____ kg/m ²
Krvni tlak, pulz	_____ mmHg _____ /min											_____ mmHg _____ /min
Datum:												
Podpis:												
Farmacevt	<input type="checkbox"/> Datum, podpis:											

- ¹ Ob spremembi odmerka, odmernega intervala, farm. oblike in ostalih spremembah, ki bi lahko bile posledica toksičnega delovanja valproata ali vplivale na njegovo koncentracijo (patološke vrednosti testov jetrne funkcije, sprememba ostale terapije (ukinitev/ uvedba induktorja encimov), sum na slabo adherenco).
- ² **Vzorec za meritev koncentracije valproata v serumu je potrebno odvzeti tik pred naslednjim odmerkom (+2 h). V kolikor bolnik prejema neenakomerno razporejene odmerke se priporoča odvzem pred večjim odmerkom, V kolikor bolnik prejema peroralno raztopino, je vzorec priporočljivo odvzeti tik pred jutranjim odmerkom. Vzorec se odvzame v biokemično epruveto brez dodatkov (rdeč zamašek).**
- ³ Pri odstopanjih je priporočljivo preveriti še koagulacijske teste. Pri spremembah sočasno uporabljenih zdravil, za katera vemo, da imajo vpliv na jetra, je potrebno izvajati teste jetrne funkcije pogosteje (kot ob uvedbi). Takojšnja meritev je priporočena pri pojavu kliničnih znakov, ki kažejo na okvaro jeter (nenaden pojav astenije, neješčnosti, letargije, zaspanosti, povezanih s ponavljajočim se bruhanjem in bolečinami v trebuhu ali ponoven pojav napadov pri bolnikih z epilepsijo).
- ⁴ Meritve glukoze se lahko pogosteje izvajajo predvsem pri pacientih, ki imajo več dejavnikov tveganja za razvoj sladkorne bolezni. Elektrolite je smiselno pogosteje spremljati pri bolnikih z ledvično okvaro in pri starejših bolnikih. Proteinogram je smiseln pri okvarah jeter (povišani jetrni testi) ali nepojasnjenih spremembah koncentracije valproata. Če je potrebna meritev magnezija, se k okvirčku pripiše Mg (meritve se izvajajo v SB Ptuj).
- ⁵ Redno spremljanje je potrebno predvsem pri sočasni uporabi topiramata in pri pojavu nepojasnjene letargije in bruhanja. Meritev amonijaka je nujno potrebna v kolikor se pojavijo nevrološki simptomi (zaspanost, zmedenost, bruhanje, kognitivni upad...). Pri hiperamoniemiji brez sprememb v testih jetrne funkcije zdravljenja ni potrebno prekiniti.
- ⁶ Koagulacijske teste je potrebno izvesti, kadar je to klinično indicirano (npr. ob pojavu simptomov, ki lahko kažejo na spremembe v strjevanju krvi (krvavitve, podplutbe...). Pri pacientih s povečanim tveganjem za krvavitve oz. sočasni uporabi zdravil, ki lahko vplivajo na strjevanje krvi je teste priporočljivo spremljati enkrat letno. Pri nenormalno skrajšanem PTČ (sploh če hkrati z zmanjšanjem fibrinogena in koagulacijskih dejavnikov ali povišanjem koncentracije bilirubina in transaminaz) je potrebno zdravljenje takoj prekiniti.

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

ŽENSKE V RODNI DOBI	Pred uvedbo valproata	Enkrat letno
Izpolnjeni pogoji programa za preprečevanje nosečnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolnici izročen Vodnik za bolnice	<input type="checkbox"/>	
Podpisan letni obrazec o seznanitvi s tveganji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum, podpis:	<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>