

VEDOLIZUMAB (ENTYVIO) TELLIMISLEHT

analüüsiv labor Yhtyneet Medix Laboratoriot oy
Kivihaantie 7, FI-00310 Helsinki, Soome

Patsiendi PERENIMI:..... **EESNIMI:**.....
Isikukood (või sugu ja vanus):..... **Proovivõtu kuupäev:**.....
Tellija (nimi, kood):..... **Proovivõtu kellaeg:**.....
Tellija telefon:..... **Proovivõtja (nimi, kood):**
Asutus, osakond:.....
Lisainfo analüüsi tulemuse tõlgendamiseks. Palun täitke inglise keeles

Diagnosis:

Date of medication started:

Date of last doze:.....

Reason for the analysis:.....

Other medication used (AZA/6MP/MTX): AZA 6MP MTX none

Trough level: YES NO