

Patient/in

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____ m/w

PatID _____
Bitte möglichst Etikett verwenden!

Einsender

Klinik/Praxis: _____

Station: _____

Tel: _____

Fax: _____
Bitte möglichst Etikett verwenden!

Laboratoriumsmedizin & Toxikologie
Direktor: Prof. Dr. Rudolf Tauber

Toxikologie & Therapeutisches Drug Monitoring
Leitung: Dr. Torsten Binscheck-Domaß

Kontakt
Labor: +49 (0)30 405026 254
Information: +49 (0)30 405026 800
Notfall: +49 (0)151 42230 444

www.laborberlin.com/toxikologie

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Dringlichkeit: Notfall Cito Routine

Untersuchungsmaterial: EDTA-Blut Plasma Serum
(mind. 3 ml Blut bzw. 1,5 ml Serum/Plasma)

Hier
Barcode
kleben

<p>Kardiaka</p> <input type="checkbox"/> Digitoxin <input type="checkbox"/> Digoxin <input type="checkbox"/> Amiodaron / Desethylamiodaron <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Chinidin <input type="checkbox"/> Flecainid <input type="checkbox"/> Tocainid <input type="checkbox"/> Prajmalin <input type="checkbox"/> Ajmalin <input type="checkbox"/> Mexiletin <input type="checkbox"/> Propafenon <input type="checkbox"/> Verapamil <input type="checkbox"/> Nifedipin <p>Immunosuppressiva</p> <input type="checkbox"/> Ciclosporin <input type="checkbox"/> Tacrolimus <input type="checkbox"/> Sirolimus <input type="checkbox"/> Everolimus <input type="checkbox"/> Mycophenolat / MPA-G	<p>Antibiotika Antimykotika Chemotherapeutika</p> <input type="checkbox"/> Amikacin * <input type="checkbox"/> Gentamicin * <input type="checkbox"/> Netilmicin * <input type="checkbox"/> Tobramycin * <input type="checkbox"/> Vancomycin * <input type="checkbox"/> Teicoplanin <input type="checkbox"/> Chloramphenicol <input type="checkbox"/> Sulfamethoxazol <input type="checkbox"/> Trimethoprim <input type="checkbox"/> Pyrimethamin <input type="checkbox"/> Mefloquin <input type="checkbox"/> Isoniazid* <input type="checkbox"/> Amphotericin B <input type="checkbox"/> Flucytosin* <input type="checkbox"/> Itraconazol/ OH-Itraconazol <input type="checkbox"/> Voriconazol <input type="checkbox"/> Fluconazol <input type="checkbox"/> Ganciclovir* <input type="checkbox"/> Methotrexat/7-OH-MTX/DAMPA <input type="checkbox"/> Colchicin	<p>Antikonvulsiva</p> <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Mesuximid <input type="checkbox"/> Phenobarbital <input type="checkbox"/> Phenytoin <input type="checkbox"/> Primidon (als Phenobarbital) <input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Sultiam <input type="checkbox"/> Clobazam/ Nor-Clobazam <input type="checkbox"/> Clonazepam <input type="checkbox"/> Vigabatrin <input type="checkbox"/> Gabapentin <input type="checkbox"/> Tiagabin <input type="checkbox"/> Oxcarbazepin/OH-Carbazepin <input type="checkbox"/> Felbamat <input type="checkbox"/> Topiramat <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Levetiracetam <input type="checkbox"/> Mesuximid/Normesuximid <p>Verschiedenes</p> <input type="checkbox"/> Theophyllin <input type="checkbox"/> Indometazin	<p>Psychopharmaka</p> <input type="checkbox"/> Amisulprid <input type="checkbox"/> Amitriptylin/ Nortriptylin <input type="checkbox"/> Citalopram/ Norcitalopram <input type="checkbox"/> Clozapin/ Norclozapin <input type="checkbox"/> Doxepin/ Nordoxepin <input type="checkbox"/> Fluoxetin <input type="checkbox"/> Flupentixol <input type="checkbox"/> Fluphenazin <input type="checkbox"/> Haloperidol <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Maprotilin/Normaprotilin <input type="checkbox"/> Mirtazapin <input type="checkbox"/> Olanzapin/Norolanzapin <input type="checkbox"/> Paroxetin <input type="checkbox"/> Quetiapin <input type="checkbox"/> Risperidon/OH-Risperidon <input type="checkbox"/> Sertralin/Norsertralin <input type="checkbox"/> Trimipramin/ Nortrimipramin <input type="checkbox"/> Venlafaxin/Norvenlafaxin <input type="checkbox"/> Zuclopenthixol
--	---	---	--

Für weitere Nachweise siehe Leistungskatalog unter www.laborberlin.com/!

TDM unter Steady-State-Bedingungen

Angaben zur Berechnung der individuellen Clearance und optimalen Dosis zwingend erforderlich!

Präparat / Handelsname	Tägl. Dosierungsregime Applikationsart	seit wann	Letzte Applikation Datum / Uhrzeit	Blutentnahme Datum / Uhrzeit

TDM unter Berücksichtigung der patientenspez. Eliminationszeit (siehe *)

Präparat / Handelsname	Vorletzte Applikation		Letzte Applikation		Blutentnahme Datum / Uhrzeit
	Datum / Zeit	Dosis (mg)	Datum / Zeit	Dosis (mg)	
					1.
					2.
					3.
					4.

angefordert durch _____ Datum _____ Unterschrift _____