

Patient/in	Name:	
	Vorname:	
	Geb. datum:	m/w
	PatID	<i>Bitte möglichst Etikett verwenden!</i>

Einsender	Klinik/Praxis:	
	Station:	
	Tel:	
	Fax:	<i>Bitte möglichst Etikett verwenden!</i>

Laboratoriumsmedizin & Toxikologie
Direktor: Prof. Dr. Rudolf Tauber

Toxikologie & Therapeutisches Drug Monitoring
Leitung: Peggy Kießling

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

www.laborberlin.com

ANFORDERUNGSSCHEIN THERAPEUTISCHES DRUG MONITORING

*Hier
Barcode
kleben*

Größe:cm Gewichtkg

Dringlichkeit: Notfall Cito Routine

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

Kardiaka

- Digitoxin
- Digoxin
- Amiodaron
- Sotalol¹
- Atenolol¹
- Metoprolol¹
- Flecainid¹
- Tocainid¹
- Propafenon¹
- Verapamil
- Nifedipin

Immunsuppressiva

- Ciclosporin
- Tacrolimus
- Sirolimus
- Everolimus
- Mycophenolat / MPA-G

Antibiotika

Antimykotika

Chemotherapeutika

- Amikacin*
- Gentamicin*
- Tobramycin*
- Vancomycin*
- Teicoplanin
- Sulfamethoxazol¹
- Trimethoprim¹
- Isoniazid*¹
- Amphotericin B¹
- Flucytosin*

- Itraconazol/OH-Itraconazol
- Voriconazol
- Fluconazol
- Ganciclovir*
- Methotrexat/7-OH-MTX/DAMPA
- Colchicin

Antikonvulsiva

- Carbamazepin
- Phenobarbital
- Primidon¹
- Phenytoin
- Valproinsäure
- Sultiam
- Clobazam
- Clonazepam
- Vigabatrin
- Gabapentin
- Oxcarbazepin/OH-Carbazepin
- Felbamet
- Topiramet
- Lamotrigin
- Levetiracetam
- Mesuximid/Normesuximid

Verschiedenes

- Theophyllin

Psychopharmaka

- Amisulprid
- Amitriptylin
- Citalopram
- Clozapin
- Doxepin
- Fluoxetin
- Flupentixol
- Fluphenazin
- Haloperidol
- Lithium
- Maprotilin
- Mirtazapin
- Olanzapin
- Paroxetin
- Quetiapin
- Risperidon
- Paliperidon (OH-Risperidon)
- Sertralin
- Trimipramin
- Venlafaxin
- Zuclophenthixol

¹Fremdversand

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 von..... Datum..... Unterschrift.....