

**Pflichtfeld!**

Patient/in	<b>Name:</b>	
	<b>Vorname:</b>	
	<b>Geb.datum:</b>	m/w/d
	<b>SanNr.:</b>	Bitte möglichst Etikett verwenden!

**Pflichtfeld!**

Einsender	<b>Einrichtung:</b>	
	<b>EinsenderID:</b>	
	<b>Tel:</b>	
	<b>Fax.:</b>	Bitte möglichst Etikett verwenden!

Laboratoriumsmedizin & Toxikologie  
Direktor: Prof. Dr. Rudolf Tauber

Klinische Toxikologie & Pharmakologie  
Leitung: Peggy Kießling, Apothekerin

**Kontakt**  
Tel. +49 (30) 40 50 26-800  
Fax +49 (30) 40 50 26-651  
www.laborberlin.com/toxikologie

**Notfall: +49 (151) 422 30 444**

## Anforderungsschein toxikologische Suchanalyse (STA) oder Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA)

Größe \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### Angaben zur Vergiftung, klinische Symptome, Anmerkungen

Vermutlicher Zeitpunkt:

Vermutliche Substanzen:

Medikamente vor der Probennahme:

Klinisches Bild:

Hier  
Barcode  
kleben

### **Systematische toxikologische Analytik mittels immunologischen und chromatographischen Verfahren im Plasma/Serum (STA)**

Insbesondere Suche nach ZNS- und kardial wirksamen Substanzen sowie Analgetika entsprechend dem derzeitigen Leistungskatalog

EDTA-Blut       Plasma       Serum      Probennahme am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ :

**mind. 5 mL EDTA-Blut bzw. 2,5 mL Plasma/Serum! (kein Drogenscreening!)**

### **Spezialuntersuchungen (bitte einzeln markieren!)**

- Glykole einschließlich Methanol       Methotrexat, 7-OH-Methotrexat nach Therapie mit Glucarpidase (Voraxaze®)  
 Orale Antidiabetika       Superwarfarine (Rodentizide)

### **Drogenscreening im Urin (mind. 3 mL Urin)**

Messung auf Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Buprenorphin, Cannabinoide (THC), Kokain, Methadon/EDDP und Opiate

Probennahme am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ :

### **Erweitertes Drogenscreening nur im Urin (bitte einzeln markieren!)**

- Ethylglucuronid       GHB       LSD

### **Toxikologische Untersuchung im Rahmen des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA)**

EDTA-Blut       Plasma       Serum      Probennahme am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ :

**mind. 5 mL EDTA-Blut bzw. 2,5 mL Plasma/Serum!**

- Propofol (nicht Bestandteil der IHA. Falls gewünscht bitte zusätzlich markieren)

angefordert durch \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_