

Pflichtfeld!

Name:

Vorname:

Geb.datum: m/w/d

SanNr.: Bitte möglichst Etikett verwenden!

Pflichtfeld!

Einrichtung:

EinsenderID:

Tel:

Fax.: 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 Therapeutisches Drug Monitoring

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Dringlichkeit Routine Notfall

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

*Hier
Barcode
kleben*

Kardiaka

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

Immunsuppressiva

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

Antibiotika

Antimykotika Chemotherapeutika

- Aciclovir
- Amikacin
- Amphotericin B¹
- Busulfan
- Colchicin
- Fluconazol
- Flucytosin
- Ganciclovir
- Gentamicin*
- Isavuconazol
- Isoniazid¹
- Itraconazol/OH-Itraconazol
- Isavuconazol
- Posaconazol
- Sulfamethoxazol¹
- Teicoplanin
- Tobramycin*
- Trimethoprim¹
- Vancomycin*
- Voriconazol

Antikonvulsiva

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

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
- Zuclophentixol

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 durch _____ Datum _____ Unterschrift _____