

Pflichtfeld!

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

Pflichtfeld!

Einsender	Einrichtung:	
	EinsenderID:	
	Tel:	
	Fax.:	Bitte möglichst Etikett verwenden!

Laboratoriumsmedizin & Toxikologie
Direktor: Prof. Dr. Kai Kappert

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 (STA)

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

EDTA-Blut Plasma Probennahme am: _____ um _____

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

Spezialuntersuchungen (bitte einzeln markieren!)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Glykole einschließlich Methanol | <input type="checkbox"/> Methotrexat, 7-OH-Methotrexat nach Therapie mit Glucarpidase (Voraxaze®) |
| <input type="checkbox"/> Metformin | <input type="checkbox"/> Superwarfarine (Rodentizide) |
| <input type="checkbox"/> Digitoxin | <input type="checkbox"/> Digoxin |

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 Hirnfunktionsausfall (IHA)

EDTA-Blut Plasma Probennahme am: _____ um _____

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

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

angefordert durch _____ Datum _____ Unterschrift _____