

Medikamentenspiegel A

Familien-Name
Vorname
Geburtsdatum

Einsender-Stempel

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen oder Patienten-Etikett

x	Substanz	Material	Medikament	Dosis mg/Tag	Dosis-Schema	Befund	Therapeutischer Bereich
	Alprazolam	S/P	Xanor®				5 – 50 ng/ml
	Amisulprid	S/P	Solian®				100 – 320 ng/ml
	Amitriptylin	S/P	Saroten®				---
	Nortriptylin		Metabolit	---	---		---
	Summe (AT+NT)		---	---	---		80 – 200 ng/ml
	NT/AT-Ratio		---	---	---		0,20 – 1,80
	Atomoxetin	S/P	Strattera®				SPITZE (n. 60-90 min) 200 – 1000 ng/ml
	Aripiprazol	S/P	Abilify®				100 – 350 ng/ml
	DH-Aripiprazol		Metabolit	---	---		---
	Sum (DH-Ari+Ari)		---	---	---		150 – 500 ng/ml
	DH-Ari/Ari-Ratio		---	---	---		0,30 – 0,50

- Bitte kreuzen Sie die gewünschte Bestimmung und das entsprechende Medikament an.
 S = Serum, P = Plasma Bitte keine Gel-Röhrchen verwenden.

Mit Ausnahme von Atomoxetin: Blutabnahme vor der nächsten Medikamentengabe!

Bitte geben Sie folgende Daten an:

Danke!

Körpergewicht		kg
Letzte Medikamenteneinnahme		Datum, Uhrzeit
Zeitpunkt der Blutabnahme		Datum, Uhrzeit

Bei IT-Notorganisation: Befund bitte an folgende FAX-Nummer: