

Medikamentenspiegel C1

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
	Carbamazepin	S/P	<input type="checkbox"/> Tegretol®				4 – 12 mg/L
			<input type="checkbox"/> Tegretol ret.®				
			<input type="checkbox"/> Neurotop®				
			<input type="checkbox"/> Neurotop ret.®				
			<input type="checkbox"/> Deleptin®				
	<input type="checkbox"/> andere						
	Chlorprothixen	S/P	Truxal®				20 – 300 ng/mL
	Citalopram	S/P	<input type="checkbox"/> Seropram®				50 – 110 ng/mL
			<input type="checkbox"/> andere				
			Metabolit	---	---		
	Desmethyl-Citalopram						
	DM-Cit/Cit-Ratio						0,31 - 0,60
	Clobazam	S/P	<input type="checkbox"/> Frisium®				30 – 300 ng/mL
			<input type="checkbox"/> andere				
			Metabolit	---	---		
	Norclobazam						
	Summe (Clobazam + Norc.)						300 – 3000 ng/mL

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

Blutabnahme immer vor der nächsten Medikamentengabe: Talspiegel!

Bitte geben Sie folgende Daten an:

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

Danke!

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