

Medikamentenspiegel E-F

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
	Eslicarbazepin	S	<input type="checkbox"/> Zebinix® <input type="checkbox"/> Exalief®				10 – 35 µg/mL
	Escitalopram	S/P	<input type="checkbox"/> Cipralex® <input type="checkbox"/> andere				15 – 80 ng/mL
	Desmethyl- Escitalopram		Metabolit	---	---		---
	DM-Escit/Escit-Ratio		---	---	---		0,30 - 1,00
	Ethosuximid	S	<input type="checkbox"/> Petinimid® <input type="checkbox"/> Suxinutin®				40 – 100 mg/L
	Felbamat	S	Taloxa®				30 – 80 µg/mL
	Flunitrazepam	S/P	<input type="checkbox"/> Rohypnol® <input type="checkbox"/> andere				6 – 15 ng/mL
	Flupentixol	S/P	<input type="checkbox"/> Deanxit® <input type="checkbox"/> Fluanxol®				0,5 – 5 µg/L
	Fluoxetin	S/P	<input type="checkbox"/> Fluctine® <input type="checkbox"/> andere				---
	Norfluoxetin		Metabolit	---	---		---
	Summe (Flu+Norflu)		---	---	---		120 – 500 ng/mL
	Norfluox/Fluox-Ratio		---	---	---		0,70 - 1,90
	Fluvoxamin	S/P	<input type="checkbox"/> Floxyfral® <input type="checkbox"/> andere				60 – 230 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: