

## Medikamentenspiegel G-I

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
	<b>Gabapentin</b>	S	Neurontin®				<b>2,0 – 20,0 µg/ml</b>
	<b>Haloperidol</b>	S/P	Haldol®				<b>1,0 – 10,0 ng/ml</b>
	<b>Imipramin</b>	S/P	Tofranil®				---
	<b>Desipramin</b>		Metabolit	---	---		---
	<b>Summe (I + D)</b>						<b>175 – 300 ng/ml</b>
	<b>DI/I-Ratio</b>		---	---	---		<b>0,60 - 3,20</b>

- 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:**

<b>Körpergewicht</b>		<b>kg</b>
<b>Letzte Medikamenteneinnahme</b>		<b>Datum, Uhrzeit</b>
<b>Zeitpunkt der Blutabnahme</b>		<b>Datum, Uhrzeit</b>

**Danke!**

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