

Medikamentenspiegel M2

| |
|---------------|
| 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 |
|---|----------------------------------|----------|---|-----------------|------------------|--------|----------------------------|
| | Mirtazapin | S/P | <input type="checkbox"/> Mirtabene® <input type="checkbox"/> Remeron® <input type="checkbox"/> andere | | | | 30 – 80 ng/ml |
| | DM-Mirtazapin | | Metabolit | --- | --- | | |
| | DM-Mirta/Mirta- Ratio | | --- | --- | --- | | 0,20 - 1,20 |
| | Milnacipran | S/P | <input type="checkbox"/> Ixel® <input type="checkbox"/> andere | | | | 100 – 150 ng/ml |
| | Moclobemid | S/P | <input type="checkbox"/> Aurorix® <input type="checkbox"/> andere | | | | 300 – 1000 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: