

Medikamentenspiegel N-O

| |
|---------------|
| 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 |
|---|------------------------------|----------|---|--------------|--------------|--------|---|
| | Nitrazepam | S/P | <input type="checkbox"/> Mogadon® <input type="checkbox"/> andere | | | | SPITZE (nach 30-120 min) 30 – 100 ng/mL |
| | Nortriptylin | S/P | <input type="checkbox"/> Nortrilen® | | | | 70 – 170 ng/mL |
| | Olanzapin | P | Zyprexa® | | | | 20 – 80 ng/mL |
| | Demethyl-olanzapin | | Metabolit | --- | --- | | --- |
| | Demethylola/Ola-Ratio | | --- | --- | --- | | Nichtraucher: 0,1 - 0,3 |
| | Oxazepam | S/P | <input type="checkbox"/> Anxiolit® <input type="checkbox"/> Praxiten® <input type="checkbox"/> andere | | | | 200 – 1500 ng/mL |
| | Oxcarbazepin | S | Trileptal® | | | | --- |
| | 10-OH-Carbazepin | | Metabolit | --- | --- | | --- |
| | Summe (Ox+10-OH) | | --- | --- | --- | | 10 – 35 mg/L |
| | | | | | | | |

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

Mit Ausnahme von Nitrazepam: Blutabnahme vor der nächsten Medikamentengabe!

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: