

## Medikamentenspiegel P

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>Paliperidon</b> (= 9-OH-Risperidon)	S/P	<input type="checkbox"/> Invega® <input type="checkbox"/> Xeplion®				<b>20 – 60 ng/mL</b>
	<b>Paracetamol</b>	S	<input type="checkbox"/> Mexalen® <input type="checkbox"/> andere				<b>10 – 20 µg/mL</b> toxisch: > 200 µg/mL
	<b>Paroxetin</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Paroxat® <input type="checkbox"/> Seroxat® <input type="checkbox"/> andere				<b>20 – 65 ng/mL</b>
	<b>Perampanel</b>	S	<input type="checkbox"/> Fycompa® <input type="checkbox"/> andere				<b>180 - 980 µg/L</b>
	<b>Phenobarbital</b>	S	<input type="checkbox"/> Maliasin® <input type="checkbox"/> andere				<b>10 – 40 mg/L</b>
	<b>Phenytoin</b>	S	<input type="checkbox"/> Epilan D® <input type="checkbox"/> Epanutin® <input type="checkbox"/> Phenhydantol®				<b>10 – 20 mg/L</b>
	<b>freies Phenytoin</b>	S					<b>0,8 – 2,5 mg/L</b>
	<b>Pregabalin</b>	S	<input type="checkbox"/> Lyrica® <input type="checkbox"/> Pregamid®				<b>2,0 – 5,0 µg/mL</b>
	<b>Primidon</b>	S	<input type="checkbox"/> Mysoline® <input type="checkbox"/> Ciral®				<b>5 – 10 mg/L</b>
	<b>Phenobarbital</b>		Metabolit	---	---		<b>10 – 40 mg/L</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: