

Medikamentenspiegel Q-R

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
	Quetiapin	S/P	Seroquel®				100 – 500 ng/ml
	Norquetiapin		Metabolit	---	---		100 – 250 ng/ml
	Norquet/Quet- Ratio		---	---	---		0,54 - 3,10
	Reboxetin	S/P	Edronax®				60 – 350 ng/ml
	Risperidon	S/P	<input type="checkbox"/> Risperdal® <input type="checkbox"/> andere				---
	9-OH- Risperidon		Metabolit	---	---		---
	Summe (Risp + 9-OH-Risp)		---	---	---		20 – 60 ng/ml
	OH-R/R-Ratio		---	---	---		3,6 - 22,7 Depot: 1,2 - 4,3
	Rufinamid	S	Inovelon®				5,0 – 30,0 µg/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: