

## Medikamentenspiegel S-T

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>Salizylate</b>	S	Aspirin®				<b>0,15 – 1,5 mmol/L</b> Toxisch: >2,25 mmol/L
	<b>Sertindol</b>	S/P	Serdolect®				<b>50 – 100 ng/mL</b>
	<b>Sertralin</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Gladem® <input type="checkbox"/> Tresleen® <input type="checkbox"/> andere				<b>10 – 150 ng/mL</b>
	<b>Desmethyl-sertralin</b>		Metabolit	---	---		---
	<b>DM-Sert/Sert-Ratio</b>		---	---	---		<b>1,70 - 3,40</b>
	<b>Sulpirid</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Dogmatil® <input type="checkbox"/> Meresasul®				<b>200 – 1000 ng/mL</b>
	<b>Sultiam</b>	S	Ospolot®				<b>0,5 – 12,0 mg/L</b>
	<b>Topiramat</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Topilex® <input type="checkbox"/> Topamax®				<b>2,0 – 10,0 µg/mL</b>
	<b>Trazodon</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Trittico® <input type="checkbox"/> andere				<b>700 – 1000 ng/mL</b>
	<b>Triazolam</b>	S/P	Halcion®				<b>SPITZE</b> (nach 60-120 min) <b>2,0 – 20,0 ng/mL</b>

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Bestimmung und das entsprechende Medikament an.

S = Serum, P = Plasma

Bitte keine Gel-Röhrchen verwenden.

**Mit Ausnahme von Triazolam: Blutabnahme vor der nächsten Medikamentengabe!**

**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: