

## Medikamentenspiegel V-Z

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>Valproinsäure</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Convulex® <input type="checkbox"/> Depakine® <input type="checkbox"/> andere				<b>50 – 100 mg/L</b>
	freie Valproinsäure						
	<b>Venlafaxin</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Efectin®				---
	<b>O-Desmethyl- venlafaxin</b>		Metabolit	---	---		---
	Summe (V + OD)		---	---	---		<b>100 – 400 ng/mL</b>
	ODM-V/V-Ratio		---	---	---		<b>2,70 - 7,70</b>
	<b>Vigabatrin</b>	S	<input type="checkbox"/> Sabril®				<b>2,0 – 10,0 µg/mL</b>
	<b>Vortioxetin</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Brintellix®				<b>10 – 40 ng/mL</b>
	<b>Ziprasidon</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Zeldox®				<b>50 – 200 ng/mL</b>
	<b>Zonisamid</b>	S	<input type="checkbox"/> Zonegran®				<b>10 – 40 mg/L</b>
	<b>Zuclopendixol</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Cisordinol®				<b>4 – 50 ng/mL</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: