

LABOR FÜR THERAPEUTISCHES DRUG MONITORING VON PSYCHOPHARMAKA

Margarete-Höppel-Platz 1, 97080 Würzburg



ERWACHSENE

OA Hr. Prof. Dr. med. DP Unterecker
 Tel.: 0931-201 77545
 OA Hr. Dr. med. Ziegler
 Tel.: 0931-201 76590



KINDER/JUGENDLICHE

OÄ Fr. PD Dr. med. Taurines
 Tel.: 0931-201 76451
 FOÄ Fr. Dr. med. Fekete
 Tel.: 0931-201 76441



TDM - LABOR

Fr. PD Dr. rer. nat. Scherf-Clavel
 Tel.: 0931-201 76317
 Hr. Burger
 Tel.: 0931-201 77260
 Fax: 0931-201 77262

Patient		Einsender		TDM-Labor
Geburtsdatum		Klinik/Station/Praxis		LAURIS - Etikett
Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M				
Versicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler		Telefonnummer		

Diagnose (ICD-10)	Rauchen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Infekt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leber <input type="checkbox"/> path. <input type="checkbox"/> o.B.	Niere <input type="checkbox"/> path. <input type="checkbox"/> o.B.
-------------------	--	---	---	---

Schweregrad der Erkrankung (CGI) (aktuell)		Therapie-Effekt (CGI) (seit Behandlungsbeginn)	
<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (0)	<input type="checkbox"/> mäßig krank (4)	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (0)	<input type="checkbox"/> unverändert (4)
<input type="checkbox"/> nicht krank (1)	<input type="checkbox"/> deutlich krank (5)	<input type="checkbox"/> sehr viel besser (1)	<input type="checkbox"/> etwas schlechter (5)
<input type="checkbox"/> Grenzfall (2)	<input type="checkbox"/> schwer krank (6)	<input type="checkbox"/> viel besser (2)	<input type="checkbox"/> viel schlechter (6)
<input type="checkbox"/> leicht krank (3)	<input type="checkbox"/> extrem schwer krank (7)	<input type="checkbox"/> nur wenig besser (3)	<input type="checkbox"/> sehr viel schlechter (7)

Nebenwirkung(en)	Art der Nebenwirkung(en)		
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Schläfrigkeit/Sedierung <input type="checkbox"/> Speichelfluß (erhöht/verringert) <input type="checkbox"/> Spannung/innere Unruhe <input type="checkbox"/> Akkomodationsstörungen	<input type="checkbox"/> EPS-Nebenwirkungen (Dystonie/Rigidität/Hypokinese/Akinese/Tremor/Akathisie) <input type="checkbox"/> kardiovaskuläre Störung (orthostatische Dysregulation/Tachykardie) <input type="checkbox"/> gastrointestinale Störungen (Übelkeit/Erbrechen/Nausea/Diarrhoe/Obstipation) <input type="checkbox"/> urogenitale Störungen (Miktionsstörung/sexuelle Dysfunktion/Polyurie)	<input type="checkbox"/> ZNS-NW (Delir) <input type="checkbox"/> Hauterscheinungen <input type="checkbox"/> Polydipsie <input type="checkbox"/> andere Nebenwirkung

Begleitmedikamente der letzten 24h:
 Keine

Antidepressiva (ng/ml)	Antipsychotika (ng/ml)	Antikonvulsiva (µg/ml)
<input type="checkbox"/> Amitriptylin 80-200 <input type="checkbox"/> Bupropion 850-1500 <input type="checkbox"/> Citalopram 50-110 <input type="checkbox"/> Clomipramin 230-450 <input type="checkbox"/> Doxepin 50-150 <input type="checkbox"/> Duloxetine 30-120 <input type="checkbox"/> Escitalopram 15-80 <input type="checkbox"/> Fluoxetine 120-500 <input type="checkbox"/> Fluvoxamin 60-230 <input type="checkbox"/> Imipramin 175-300 <input type="checkbox"/> Maprotilin 75-130 <input type="checkbox"/> Milnacipran 100-150	<input type="checkbox"/> Mirtazapin 30-80 <input type="checkbox"/> Moclobemid 300-1000 <input type="checkbox"/> Nortriptylin 70-170 <input type="checkbox"/> Opipramol 50-500 <input type="checkbox"/> Paroxetin 20-65 <input type="checkbox"/> Sertralin 10-150 <input type="checkbox"/> Tianeptin 30-80 <input type="checkbox"/> Tranylcypromin <50 <input type="checkbox"/> Trazodon 700-1000 <input type="checkbox"/> Trimipramin 150-300 <input type="checkbox"/> Venlafaxin 100-400 <input type="checkbox"/> Desvenlafaxin 100-400	<input type="checkbox"/> Amisulprid 100-320 <input type="checkbox"/> Aripiprazol 100-350 <input type="checkbox"/> Benperidol 1-10 <input type="checkbox"/> Bromperidol 12-15 <input type="checkbox"/> Cariprazin 10-20 <input type="checkbox"/> Chlorprothixen 20-300 <input type="checkbox"/> Clozapin 350-600 <input type="checkbox"/> Flupentixol 0,5-5,0 <input type="checkbox"/> Fluphenazin 1-10 <input type="checkbox"/> Haloperidol 1-10 <input type="checkbox"/> Levomepromazin 30-160 <input type="checkbox"/> Melperon 30-100
<input type="checkbox"/> Olanzapin 20-80 <input type="checkbox"/> Paliperidon 20-60 <input type="checkbox"/> Perazin 100-320 <input type="checkbox"/> Perphenazin 0,6-2,4 <input type="checkbox"/> Pipamperon 100-400 <input type="checkbox"/> Quetiapin 100-500 <input type="checkbox"/> Risperidon 20-60 <input type="checkbox"/> Sulpirid 200-1000 <input type="checkbox"/> Ziprasidon 50-200 <input type="checkbox"/> Zuclopenthixol 4-50	<input type="checkbox"/> Brivaracetam 0,5-0,9 <input type="checkbox"/> Carbamazepin 4-12 <input type="checkbox"/> Ethosuximid 40-100 <input type="checkbox"/> Gabapentin 2-20 <input type="checkbox"/> Lacosamid 1-10 <input type="checkbox"/> Lamotrigin 3-15 <input type="checkbox"/> Levetiracetam 10-40 <input type="checkbox"/> Oxcarbazepin 10-35 <input type="checkbox"/> Perempanel 0,18-0,98	<input type="checkbox"/> Phenobarbital 10-40 <input type="checkbox"/> Phenytoin 10-20 <input type="checkbox"/> Pregabalin 2-5 <input type="checkbox"/> Primidon 5-10 <input type="checkbox"/> Rufinamid 5-30 <input type="checkbox"/> Sultiam 2-8 <input type="checkbox"/> Topiramat 2-10 <input type="checkbox"/> Valproinsäure 50-100 <input type="checkbox"/> Zonisamid 10-40
AD(H)S-Therapeutika (ng/ml) <input type="checkbox"/> Atomoxetin 200-1000 <input type="checkbox"/> Guanfacin --- mit Rücksprache Labor! <input type="checkbox"/> Methylphenidat mit Rücksprache Labor!		

zu bestimmende(s) Medikament(e)	Tagesdosis mg	Steady State		Indikation										
		Ja	Nein	Adherence	Dosisänderung	Interaktion	Nebenwirkung	Neueinstellung	Nichtansprechen	Verlaufskontrolle	Anderer Grund	Intoxikation		
retardiert oder Depot mit angeben		<input type="checkbox"/>												
		<input type="checkbox"/>												
		<input type="checkbox"/>												
		<input type="checkbox"/>												

Entnahme <u>vor</u> Gabe jedoch <u>min 12h nach</u> Gabe	Serummonovette <u>ohne</u> Gel	2 Entnahme hier <u>2h nach</u> Gabe (Cmax)
	1 <u>sofort</u> vor Licht schützen	3 <u>sofort</u> kühlen, <u>nicht</u> einfrieren

Schweigepflichtentbindung und Einverständnis nach der DSGVO des Patienten zur Übermittlung des Kumulativbefundes ist erteilt

Datum (Blutentnahme)	Uhrzeit (Blutentnahme)	Unterschrift (Arzt)
----------------------	------------------------	---------------------