



LABOR FÜR THERAPEUTISCHES DRUG MONITORING VON PSYCHOPHARMAKA

Margarete-Höppel-Platz 1, 97080 Würzburg



ERWACHSENE

OA Hr. Dr. med. Warrings
Tel.: 0931-201 778100



KINDER/JUGENDLICHE

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		Telefonnummer			
<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M					
Versicherung					
<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler					

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

zu bestimmende(s) Medikament(e)	Tagesdosis	Steady State		Indikation									
		Ja	Nein	Adherence	Dosisänderung	Interaktion	Nebenwirkung	Neueinstellung	Nichtansprechen	Verlaufs-kontrolle	Anderer Grund	Intoxi-kation	
retardiert oder Depot mit angeben	mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 kühlen, nicht einfrieren</u>

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

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