



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. 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"/> Schläfrigkeit/Sedierung	<input type="checkbox"/> EPS-Nebenwirkungen (Dystonie/Rigidität/Hypokinese/Akinese/Tremor/Akathisie)	<input type="checkbox"/> ZNS-NW (Delir)
<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> Speichelfluß (erhöht/verringert)	<input type="checkbox"/> kardiovaskuläre Störung (orthostatische Dysregulation/Tachykardie)	<input type="checkbox"/> Hauterscheinungen
<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> Spannung/innere Unruhe	<input type="checkbox"/> gastrointestinale Störungen (Übelkeit/Erbrechen/Nausea/Diarrhoe/Obstipation)	<input type="checkbox"/> Polydipsie
<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Akkomodationsstörungen	<input type="checkbox"/> urogenitale Störungen (Miktionsstörung/sexuelle Dysfunktion/Polyurie)	<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"/> Amisulprid 100-320	<input type="checkbox"/> Brivaracetam 0,5-0,9	
<input type="checkbox"/> Bupropion 850-1500	<input type="checkbox"/> Aripiprazol 100-350	<input type="checkbox"/> Carbamazepin 4-12	
<input type="checkbox"/> Citalopram 50-110	<input type="checkbox"/> Benperidol 1-10	<input type="checkbox"/> Ethosuximid 40-100	
<input type="checkbox"/> Clomipramin 230-450	<input type="checkbox"/> Bromperidol 12-15	<input type="checkbox"/> Gabapentin 2-20	
<input type="checkbox"/> Doxepin 50-150	<input type="checkbox"/> Cariprazin 10-20	<input type="checkbox"/> Lacosamid 1-10	
<input type="checkbox"/> Duloxetine 30-120	<input type="checkbox"/> Chlorprothixen 20-300	<input type="checkbox"/> Lamotrigin 3-15	
<input type="checkbox"/> Escitalopram 15-80	<input type="checkbox"/> Clozapin 350-600	<input type="checkbox"/> Levetiracetam 10-40	
<input type="checkbox"/> Fluoxetin 120-500	<input type="checkbox"/> Flupentixol 0,5-5,0	<input type="checkbox"/> Oxcarbazepin 10-35	
<input type="checkbox"/> Fluvoxamin 60-230	<input type="checkbox"/> Fluphenazin 1-10	<input type="checkbox"/> Phenobarbital 10-40	
<input type="checkbox"/> Imipramin 175-300	<input type="checkbox"/> Haloperidol 1-10	AD(H)S-Therapeutika (ng/ml)	
<input type="checkbox"/> Maprotilin 75-130	<input type="checkbox"/> Levomepromazin 30-160	<input type="checkbox"/> Atomoxetine 200-1000	<input type="checkbox"/> Methylphenidat 1 2 3
<input type="checkbox"/> Milnacipran 100-150	<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	Verlaufskontrolle	Anderer Grund	Intoxikation		
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"/>

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

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

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