





## LABOR FÜR THERAPEUTISCHES DRUG MONITORING VON PSYCHOPHARMAKA

Margarete-Höppel-Platz 1, 97080 Würzburg

 <p><b>ERWACHSENE</b>                  OA Hr. Prof. Dr. med. DP Unterecker                  Tel.: 0931-201 77545                  OA Hr. Dr. med. Ziegler                  Tel.: 0931-201 76590</p>	 <p><b>KINDER/JUGENDLICHE</b>                  OÄ Fr. PD Dr. med. Taurines                  Tel.: 0931-201 76451                  FOÄ Fr. Dr. med. Fekete                  Tel.: 0931-201 76441</p>	 <p><b>TDM - LABOR</b>                  Fr. Dr. rer. nat. Scherf-Clavel                  Tel.: 0931-201 76317                  Hr. Burger                  Tel.: 0931-201 77260                  Fax: 0931-201 77262</p>
---	--	---

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

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

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

<b>Nebenwirkung(en)</b>	<b>Art der Nebenwirkung(en)</b>		
<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

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

<b>Serummonovette ohne Gel</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>sofort vor Licht schützen</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Entnahme: 2h nach Gabe (Cmax)</b>	<b>Befund auf Verlangen und in Verantwortung des Einsenders faxen</b> <input type="checkbox"/> Fax: _____
Entnahme vor Gabe jedoch min 12h nach Gabe => außer <input checked="" type="checkbox"/>		

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

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