

## LABOR FÜR THERAPEUTISCHES DRUG MONITORING UND PHARMAKOGENETIK

Margarete-Höppel-Platz 1, 97080 Würzburg

<b>ERWACHSENE</b>	<b>KINDER/JUGENDLICHE</b>	<b>TDM UND PGx - LABOR</b>	
OA Hr. Dr. med. Warrings Tel.: 0931-201 77810	OÄ Fr. PD Dr. med. Fekete Tel.: 0931-201 76441	Fr. PD Dr. rer. nat. Scherf-Clavel Tel.: 0931-201 76317	Fr. PD Dr. biol. hum. Weber Tel.: 0931-201 76403
Hr. Burger Tel.: 0931-201 77260 - Fax: 0931-201 77262			

<b>Patient</b>		<b>Einsender (Klinik/Station/Praxis)</b>		<b>TDM / PGx - Labor</b>	
Geburtsdatum				<b>LAURIS</b> - Etikett	
Geschlecht					
<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M					
<b>Versicherung</b>					
<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler					
<b>Diagnose (ICD-10)</b>		<b>Rauchen</b>		<b>Infekt</b>	
		<input type="checkbox"/> Filter-Zig. <input type="checkbox"/> E-Zig <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
				<input type="checkbox"/> path. <input type="checkbox"/> o.B.	
				<input type="checkbox"/> path. <input type="checkbox"/> o.B.	
<b>Nebenwirkung(en)</b>		<b>Art der Nebenwirkung(en)</b>			
<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> Schläfrigkeit/Sedierung			
<input type="checkbox"/> leicht		<input type="checkbox"/> Speichelfluß (erhöht/verringert)			
<input type="checkbox"/> mittel		<input type="checkbox"/> Spannung/innere Unruhe			
<input type="checkbox"/> schwer		<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme			
		<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"/> Polydipsie			
		<input type="checkbox"/> Akkomodationsstörungen			
		<input type="checkbox"/> Hauterscheinungen			

**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 200-550	<input type="checkbox"/> Olanzapin 20-40	<input type="checkbox"/> Brivaracetam 0,2-2,0	<input type="checkbox"/> Phenobarbital 10-30
<input type="checkbox"/> Bupropion 850-1500	<input type="checkbox"/> Moclobemid 300-1000	<input type="checkbox"/> Aripiprazol 120-270	↳ Lichtschutz	<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 0,3-3,6	<input type="checkbox"/> Paliperidon 20-60	<input type="checkbox"/> Cenobamat 10-25	<input type="checkbox"/> Pregabalin 1,5-8
<input type="checkbox"/> Clomipramin 230-570	<input type="checkbox"/> Opipramol 10-75	<input type="checkbox"/> Bromperidol 5-12	<input type="checkbox"/> Perazin 100-230	<input type="checkbox"/> Ethosuximid N/A	<input type="checkbox"/> Primidon 3-12
↳ Lichtschutz	<input type="checkbox"/> Paroxetin 30-80	<input type="checkbox"/> Cariprazin 4-14	<input type="checkbox"/> Perphenazin 0,7-3,6	<input type="checkbox"/> Gabapentin 2-20	<input type="checkbox"/> Rufinamid 10-30
<input type="checkbox"/> Doxepin 50-200	<input type="checkbox"/> Sertralin 10-50	<input type="checkbox"/> Chlorprothixen 15-140	<input type="checkbox"/> Pipamperon 100-300	<input type="checkbox"/> Lacosamid 1-12	<input type="checkbox"/> Sultiam 2-8
<input type="checkbox"/> Duloxetine 20-120	<input type="checkbox"/> Tianeptin 15-50	↳ Lichtschutz	↳ 2h nach Gabe	<input type="checkbox"/> Lamotrigin 3-15	<input type="checkbox"/> Topiramamat 5-20
<input type="checkbox"/> Escitalopram 20-40	<input type="checkbox"/> Tranylcypromin 60-400	<input type="checkbox"/> Clozapin 350-600	<input type="checkbox"/> Quetiapin 100-500	<input type="checkbox"/> Levetiracetam 6-46	<input type="checkbox"/> Valproinsäure 50-100
<input type="checkbox"/> Fluoxetine 150-300	↳ 2h-3h nach Gabe	<input type="checkbox"/> Flupentixol 0,5-10,0	<input type="checkbox"/> Risperidon 20-60	<input type="checkbox"/> Oxcarbazepin 3-35	<input type="checkbox"/> Zonisamid 10-40
<input type="checkbox"/> Fluvoxamin 60-210	<input type="checkbox"/> Trazodon 650-1500	<input type="checkbox"/> Fluphenazin 1-5	<input type="checkbox"/> Sulpirid 250-500	<input type="checkbox"/> Perampnel 0,18-0,98	
<input type="checkbox"/> Imipramin 175-300	<input type="checkbox"/> Trimipramin 50-500	<input type="checkbox"/> Haloperidol 1-5	<input type="checkbox"/> Ziprasidon 50-160	<b>AD(H)S-Therapeutika (ng/ml)</b>	
<input type="checkbox"/> Maprotilin 75-130	<input type="checkbox"/> Venlafaxin 140-600	<input type="checkbox"/> Levomepromazin 10-160	<input type="checkbox"/> Zuclopenthixol 3-25	<input type="checkbox"/> Atomoxetin 40-400	<input type="checkbox"/> Methylphenidat 3,8-7,7
<input type="checkbox"/> Milnacipran 50-120	<input type="checkbox"/> Desvenlafaxin 85-380	<input type="checkbox"/> Melperon 30-100		↳ 1h nach Gabe	↳ 1h nach Gabe
				<input type="checkbox"/> Guanfacin 3-17/6-9	↳ Lichtschutz+gekühlt

<input checked="" type="checkbox"/> zusätzlich aktiver Metabolit	<b>Serum - Monovette ohne Gel</b>			<b>Entnahme vor Gabe - mindestens 12h nach Gabe</b>										
	zu bestimmende(s) Medikament(e)	Tagesdosis	Steady State	<b>Indikation</b>										
				retardiert oder Depot mit angeben	mg	ja	nein	Adherence	Dosisänderung	Interaktion	Nebenwirkung	Neueinstellung	Nichtansprechen	Verlaufskontrolle
				<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"/>

	zu bestimmende(s) Enzym(e)	<input type="checkbox"/> CYP2D6	<input type="checkbox"/> CYP2C19	genetischer Befund schriftlich <u>nur</u> an den behandelnden Arzt	Name des Arztes in Druckbuchstaben
		<b>EDTA - Monovette</b>			

**TDM:** Schweigepflichtentbindung und Einverständnis nach der DSGVO des Patienten zur Übermittlung des Kumulativbefundes wurde erteilt.  
**PGx:** Einverständniserklärung zur molekulargenetischen Analyse liegt vor und wird vom behandelnden Arzt archiviert.

Datum der Blutentnahme	Uhrzeit der Blutentnahme	Unterschrift des Arztes
------------------------	--------------------------	-------------------------