

Patientenname

Geburtsdatum

Anschrift

Kostenträger

Therapeutisches Drug Monitoring

Anforderung für Arzneimittelbestimmung

Ambul.

Station seit:

Datum: Tel.:

Fax.:

e-mail:

Unterschrift:

.....

Gewicht kg

Größe cm

Diagnosen / Fragestellung:

.....
.....
.....

Leber-/Nierenfunktionsstörungen:

Patient in Fungiscope erfasst ? ja / nein

Proben-Entnahme (Datum-Uhrzeit)	Letzte Einnahme (Datum-Uhrzeit)	Ladedosis (Dosis-Datum-Uhrzeit)

Medikamente	Dosierung	seit	Nebenwirkungen, Intox.-Zeichen

Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen)

- Posaconazol
- Voriconazol
- Itraconazol
- OH-Itraconazol
- Fluconazol
- Caspofungin
-
-

Institut für Pharmakologie, Gleuelerstraße 24, 50931 Köln

Blutprobe jeweils vor der nächsten Dosis mit Serummonovette entnehmen und kühl aufbewahren.