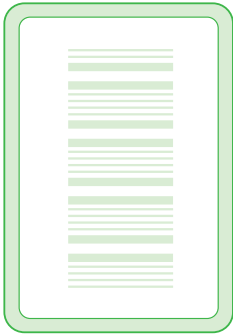


Anforderer der Leistungen:
Kostenstelle



**UNIVERSITÄTS
KLINIKUM**
Jena

Institut für Rechtsmedizin

Arbeitsbereich Toxikologie
Am Klinikum 1 Geb. F2
07747 Jena

www.remed.uk-j.de/Klinische_Toxicologie.html

Notfälle telefonisch anmelden!

Telefon 03641-9-397189
(Mo–Fr 7:30 bis 16:30 Uhr)
03641-9-321220/1
(außerhalb der Dienstzeit)

Nur von Toxikologie auszufüllen:

Eingangs-Datum

Eingangs-Nummer

T T M M J J

Handz. Toxikologie

Bemerkungen

**230.4 Toxikologie /
Therapiekontrolle**

**Universitätsklinikum Jena: Patienten-Barcode-Etikett oder Eintrag;
Andere Einsender: Patienten-Etikett oder Eintrag**

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Fall-Nummer _____ m w

Klinik/Station/Ambulanz/Anschrift des Privatpatienten

Gewinnung des Untersuchungsmaterials

Bitte Empfehlungen zur Asservierung beachten
(siehe www.remed.uk-j.de/Klinische_Toxicologie.html)!

**Alle Proben müssen eindeutig mit den Patientendaten
gekennzeichnet sein!**

Bitte kennzeichnen!

- Routineuntersuchung
 Notfall (Cito-Anforderung)

Untersuchungsmaterial

- Urin** 10–20 mL (Urinmonovette)
 Blut 10–20 mL (Monovette/n, weiß) oder Blut mit EDTA-,
Heparin-, Citratzusatz
 Sonstiges (auf Anfrage): _____

Materialentnahme

Blut T T M M J J h h m m Uhr

Urin T T M M J J h h m m Uhr

Fragestellung

- Intoxikation (Notfall → Cito-Anforderung)**
 Immunchem. Schnelltests
 Medikamente Drogen
 Methadon / Buprenorphin
 Umfassendes Screening (Chromatographie-Massen-
spektrometrie)
 Therapeutisches Drugmonitoring? (s. rechts)
 Alkoholabusus/-abstinenz?
 Ethanol (Serum / Urin) ETG (Urin)

Anamnese

Einnahme von: _____ Menge: _____

Vermutlicher Einnahmezeitpunkt:
T T M M J J h h m m Uhr

Auffällige Symptome: _____

TDM von (nur innerhalb Dienstzeit)

- Amisulprid Venlafaxin
 Citalopram Voriconazol
 Clozapin
 Lamotrigin
 Levetiracetam
 Olanzapin
 Oxcarbazepin / 10-Hydroxycarbazepin
 Quetiapin
 Risperidon / 9-Hydroxyrisperidon
 Topiramate

Weitere Substanzen (auf Anfrage):

Medikation (TDM)

Präparat: _____ Dosierung: _____

Einnahmeregime: _____

Letzte Medikamentenaufnahme:
T T M M J J h h m m Uhr

Einsender

Name des auftraggebenden Arztes (**Druckschrift!**):

Telefon-Nr. für Rückfragen (**unbedingt ausfüllen!**):

T T M M J J

Datum

Unterschrift / evtl. Stempel

Universitätsklinikum Jena: Diesen Vordruck bitte im Zentrallager bestellen (Artikel-Nummer 107289)

Andere Einsender: Diesen Vordruck erhalten Sie über das Institut für Rechtsmedizin