



Voriconazol - Analytik Untersuchungsauftrag

Anlage 1 zu SOP 6-08011
Version 4 vom 30.07.09

Abteilung
Klinische Pharmakologie und
Pharmakoepidemiologie

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Einsender (Adresse bitte leserlich schreiben)		Adressat	
Telefon : Fax : E-Mail :		Analytisch-Chemisches Labor / Dr. Burhenne Universitätsklinikum Heidelberg / Abteilung Klinische Pharmakologie & Pharmakoepidemiologie Im Neuenheimer Feld 410 D-69120 Heidelberg ☎ +49 (0) 6221/56-1566 Fax +49 (0) 6221/56-5832 ✉ juergen.burhenne@med.uni-heidelberg.de	
Patientendaten			
Name : Vorname : Geburtsdatum : Geschlecht : W M Körpergewicht : [kg] Grunderkrankung:		<i>Patientenetikett</i>	
Dosierungsschema (genaue Angaben für schriftliche Interpretation <u>unbedingt</u> erforderlich)			
Schriftliche Interpretation des Laborwertes gewünscht?:		Ja	Nein
<u>falls ja:</u>			
• Erste Dosis	[mg] i.v. oral am (Datum):		
• Erhaltungsdosis X	[mg/Tag] i.v. oral ab (Datum):		
• Dosisänderung auf X	[mg/Tag] i.v. oral am (Datum):		
• Letzte Dosis vor Probenentnahme	[mg] i.v. oral		
	am (Datum):	um (Uhrzeit):	
• Probenentnahme nach letzter Dosis	am (Datum):	um (Uhrzeit):	
Erforderliches Probenmaterial und Abrechnung:			
• Blutentnahme unmittelbar vor der nächsten Voriconazol-Gabe (Trough- = Tal-Konzentration). • Blutentnahme nie aus dem Infusionssystem, über das Voriconazol jemals appliziert wurde. • Heparin-Plasma, zentrifugiert, Volumen ≥ 2 mL. • Andere biologische Materialien (Liquor, Gewebe, Biopsate, etc.) können nach Rücksprache mit dem Labor auch analysiert werden. • Dieser Auftrag ist für eine Probe/Analyse vorgesehen. Bei mehreren Proben (z.B. Pharmakokinetik-Berechnung) bitte mehrere Aufträge ausfüllen. • Die hiermit angeforderten IGeL-Leistungen werden i.d.R. nicht von Krankenkassen übernommen und somit dem Einsender in Rechnung gestellt. • Die Analyse wird gemäß GOÄ 4204, eine optionale schriftliche Interpretation des Laborwertes (optional) wird gemäß GOÄ 85 (1 Std) abgerechnet.			

Datum _____

Unterschrift Einsender _____

Befundung (wird vom Labor ausgefüllt)			
Ident. Nummer : Probeneingang : Analytischer Batch : Datum d. Analyse :	<table border="1"><tr><td>Ergebnis:</td></tr><tr><td>[µg/mL Plasma]</td></tr></table> Der kalibrierte Messbereich beträgt 0,2 bis 10 µg/mL Plasma. Ermittelte Werte kleiner 0,2 µg/mL werden als "nicht nachweisbar" (n.d.) angegeben.	Ergebnis:	[µg/mL Plasma]
Ergebnis:			
[µg/mL Plasma]			

Datum _____

Unterschrift Labor _____

Das Analytisch-Chemische Labor der Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie ist ISO 9001 zertifiziert und nimmt an Ringversuchen des „International Interlaboratory Quality Control Program for Antifungal Drugs“ teil.

KKGT

