



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:	Patientenetikett

Dosierungsschema (genaue Angaben für schriftliche Interpretation unbedingt erforderlich)

<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Interpretation des Laborwertes gewünscht?: 	Ja	Nein
falls ja:		
• 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" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ergebnis:</td> <td rowspan="2" style="padding: 5px;"> 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. </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">[µg/mL Plasma]</td> </tr> </table>	Ergebnis:	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.	[µg/mL Plasma]
Ergebnis:	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.			
[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.

