

Wichtige Hinweise:

1. **Blutentnahme nicht** aus einem Infusionssystem, über das schon einmal Voriconazol appliziert wurden.
2. **Blutentnahme kurz vor** der nächsten Voriconazol-Gabe (ca. 12 h nach der letzten Anwendung).
3. **Messungen** sollten bei Voriconazol in der Regel 5-7 Tage **nach Beginn/Dosisänderung** erfolgen.
4. Bitte **Lithium-Heparin-Plasma** (min. 0,5 mL) einsenden.

Anfordernder	Analysenlabor
Name :	Analytisch-Chemisches Labor / Dr. Burhenne Universitätsklinikum Heidelberg Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie Im Neuenheimer Feld 410 D-69120 Heidelberg ☎+49 (0) 6221/56-1566
Adresse :	
Telefon (Arzt) :	
Fax :	

Patientendaten

Name, Vorname : Geburtsdatum : Körpergewicht : [kg] Indikation : Komedikation : <small>(insbesondere bei Änderungen in der letzten Woche)</small>	<p style="font-size: 2em; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg);">Patientenetikett</p>
--	--

Erste Dosis ___ - ___ - ___ [mg] i.v. p.o. Beginn _____

Erhaltungsdosis ___ - ___ - ___ [mg] i.v. p.o. seit _____

Letzte Dosis vor Probenentnahme: am _____ :__h

Probenentnahme (Talspiegel): am _____ :__h

Schriftliche Interpretation des Laborwertes gewünscht? Ja Nein

Datum _____

Unterschrift Einsender _____

Befund				
Ident. Nummer : Eingangsdatum : Analytischer Batch : Analysedatum :	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Ergebnis:</td> <td rowspan="2" style="padding: 5px;"> Der kalibrierte Messbereich beträgt 0,1 bis 10 µg/mL in Plasma. Ermittelte Werte kleiner 0,1 µg/mL werden als "nicht nachweisbar" (n.d.) angegeben. </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">[µg/mL Plasma]</td> </tr> </table>	Ergebnis:	Der kalibrierte Messbereich beträgt 0,1 bis 10 µg/mL in Plasma. Ermittelte Werte kleiner 0,1 µg/mL werden als "nicht nachweisbar" (n.d.) angegeben.	[µg/mL Plasma]
Ergebnis:	Der kalibrierte Messbereich beträgt 0,1 bis 10 µg/mL in Plasma. Ermittelte Werte kleiner 0,1 µg/mL werden als "nicht nachweisbar" (n.d.) angegeben.			
[µg/mL Plasma]				

Datum _____

Unterschrift Labor _____