

## MEDIKAMENTENSPIEGELBESTIMMUNG - HIV

**MATERIAL:** 3 ML SERUM

**PATIENTENDATEN:**

Name: _____	Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Ethnie: _____	
<b>Blutabnahme:</b>	Datum: _____	Uhrzeit: _____

**KLINISCHE EINSTUFUNG UND FRAGESTELLUNG:**

<input type="checkbox"/> Therapieversager	<input type="checkbox"/> Dosisanpassung	<input type="checkbox"/> Adhärenz
---	---	-----------------------------------

**AKTUELLE THERAPIE:**

NNRTI	Letzte Einnahme Datum/Uhrzeit	Dosierung [mg]
<input type="checkbox"/> EFV (Sustiva®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> NVP (Viramune®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> RPV (Edurant®)	_____	_____
<b>PI</b>		
<input type="checkbox"/> FPV (Telzir®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> IDV (Crixivan®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> NFV (Viracept®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> SQV (Invirase®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> LPV (Kaletra®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> ATV (Reyataz®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> TPV (Aptivus®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> DRV (Prezista®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> rtv (Norvir®, "Booster")	_____	_____
<b>INI</b>		
<input type="checkbox"/> RAL (Isentress®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> EVG (Best. Stribild®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> DTG (Tivicay®)	_____	_____
<b>Sonstige</b>		
<input type="checkbox"/>	_____	_____

**KOMEDIKATION (BITTE VOLLSTÄNDIG!)**

<input type="checkbox"/> Bromazepam	
<input type="checkbox"/> Clobazam	
<input type="checkbox"/> Norclobazam	
<input type="checkbox"/> Clonazepam	
<input type="checkbox"/> Carbamazepin	
<input type="checkbox"/> Diazepam	
<input type="checkbox"/> Ibuprofen	
<input type="checkbox"/> Isoniazid	
<input type="checkbox"/> Itraconazol	
<input type="checkbox"/> Lopramid	
<input type="checkbox"/> Methadon	
<input type="checkbox"/> Nortryptillin	
<input type="checkbox"/> Oxazepam	
<input type="checkbox"/> Promazin	
<input type="checkbox"/> Pyrimethamin	
<input type="checkbox"/> Rifampicin	
<input type="checkbox"/> Sulfamethoxazol	
<input type="checkbox"/> Trimethoprim	
<input type="checkbox"/> Trimipramin	
<b>Sonstige</b>	
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Unterschrift u. Stempel des Auftraggebers