

MEDIKAMENTENSPIEGELBESTIMMUNG - HIV

MATERIAL: 3 ML SERUM

PATIENTENDATEN:

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

KLINISCHE EINSTUFUNG UND FRAGESTELLUNG:

Therapieversager Dosisanpassung 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®)	_____	_____
PI		
<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")	_____	_____
Sonstige		
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

KOMEDIKATION (BITTE VOLLSTÄNDIG!)

Bromazepam
 Clobazam
 Norclobazam
 Clonazepam
 Carbamazepin
 Diazepam
 Ibuprofen
 Isoniazid
 Itraconazol
 Lopramid
 Methadon
 Nortryptillin
 Oxazepam
 Promazin
 Pyrimethamin
 Rifampicin
 Sulfamethoxazol
 Trimethoprim
 Trimipramin

Sonstige

Unterschrift u. Stempel des Auftraggebers