



Institut für Immunologie und Genetik, Postfach 2565, 67613 Kaiserslautern | Pfaffplatz 10, 67655 Kaiserslautern

<b>Einsender:</b>	<b>Patientendaten:</b>
-------------------	------------------------

### Medikamentenspiegelbestimmung - HIV

**Material:** 3 ml Serum

**Patientendaten:**

Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Ethnie: _____
---	---------------

**Klinische Einstufung und Fragestellung:**

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

**Aktuelle Therapie:**

	Letzte Einnahme Datum/Uhrzeit	Dosierung [mg]
<b>NNRTI</b>		
<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>		
_____	_____	_____

**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"/> _____

**Entnahmedatum/Uhrzeit:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_