



**Einsender:**

**Patientendaten:**

**Untersuchungsanforderung Medikamentenspiegelbestimmung - HIV**

**Material:** 3 ml Serum

**Patientendaten:** Geschlecht: m  w  Ethnie: \_\_\_\_\_

**Klinische Einstufung und Fragestellung:**

Therapieversager  Dosisanpassung  Adhärenz

**Aktuelle Therapie:**

**Komedikation (bitte vollständig)**

	<b>Letzte Einnahme Datum/Uhrzeit</b>	<b>Dosierung [mg]</b>	
<b>NNRTI</b>			<input type="checkbox"/> Bromazepam
<input type="checkbox"/> EFV (Sustiva®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Clobazam
<input type="checkbox"/> NVP (Viramune®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Norclobazam
<input type="checkbox"/> ETR (Intelence®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Clonazepam
<input type="checkbox"/> RPV (Edurant®, Rekombys®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Carbamazepin
<input type="checkbox"/> DOR (Pifeltro®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Diazepam
<b>PI</b>			<input type="checkbox"/> Ibuprofen
<input type="checkbox"/> LPV (Kaletra®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Isoniazid
<input type="checkbox"/> ATV (Reyataz®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Itraconazol
<input type="checkbox"/> DRV (Prezista®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Lopramid
<input type="checkbox"/> rtv (Norvir®, "Booster")	_____	_____	<input type="checkbox"/> Methadon
<input type="checkbox"/> cobv (Cobicistat®, "Booster")	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nortryptillin
<b>INI</b>			<input type="checkbox"/> Oxazepam
<input type="checkbox"/> RAL (Isentress®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Promazin
<input type="checkbox"/> EVG (Best. Genvoya®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Pyrimethamin
<input type="checkbox"/> DTG (Tivicay®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Rifampicin
<input type="checkbox"/> BIC (Best. Biktarvy®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sulfamethoxazol
<input type="checkbox"/> CAB (Vocabria®)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Trimethoprim
<b>Sonstige</b>			<input type="checkbox"/> Trimipramin
_____	_____	_____	<b>Sonstige</b>
			<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____

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