

ANFORDERUNGSFORMULAR THERAPEUTISCHES DRUG MONITORING HIV

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Einsender

Bitte immer zusätzlich bei GKV-Patienten ein
Anforderungsschein M10
Praxis-/Klinikstempel

Angaben zur Therapie:

<u>Protease-Hemmer (Protease-Inhibitoren)</u>	Letzte Einnahme Datum	Uhrzeit	Dosierung
Invirase® (SQV) <i>Saquinavir</i>			
Crixivan® (IDV) <i>Indinavir</i>			
Prezista® (DRV) <i>Darunavir</i>			
Kaletra® (LPV/r) <i>Lopinavir/Ritonavir</i>			
Reyataz® (ATV) <i>Atazanavir</i>			
Norvir® (RTV) <i>Ritonavir</i>			

<u>NNRTI</u>	Letzte Einnahme Datum	Uhrzeit	Dosierung
Sustiva® (EFV) <i>Efavirenz</i>			
Viramune® (NVP) <i>Nevirapine</i>			
Intelence® (ETR) <i>Etravirin</i>			
Edurant® (RPV) <i>Rilpivirin</i>			

<u>Integrase-Inhibitoren (INI)</u>	Letzte Einnahme Datum	Uhrzeit	Dosierung
Isentress® (RAL) <i>Raltegravir</i>			
Tivicay® (DTG) <i>Dolutegravir</i>			
Stribild® (EVG) <i>Elvitegravir mit Cobicistat + Emtricitabin + Tenofovir</i>			

<u>Entry-Inhibitoren</u>	Letzte Einnahme Datum	Uhrzeit	Dosierung
Celsentri® (MVC) <i>Maraviroc</i>			

Weitere ART:

Klinische Angaben und Fragestellungen:	Blutentnahme:
V.a. Non-Compliance? ja nein	Datum: _____ Uhrzeit: _____
Therapieversagen? ja nein	

Bitte beachten Sie das aufgrund des Messverfahren mittels GC/MS alle ART-Medikamente in einem Untersuchungsgang bestimmt werden und somit auch auf dem Befund mit angegeben werden.
Abrechnungstechnisch wird nur ein Untersuchungsgang pro Blutentnahme berechnet.

HANDLING UND PROBENVERSAND:

EDTA-Vollblut bei ca. 4.000 U/min zentrifugieren. Das Plasma (mind. 1,5 ml) in ein bruchsicheres Probenröhrchen überführen (z.B. Eppendorf Tube) und im Sicherheitscontainer an o.a. Adresse senden
Probenannahme Montag bis Freitag! Postlaufzeit beachten!