



AUFTRAGSFORMULAR FÜR DIE ANALYSE VON PSYCHOTROPEN PHARMAKA

Name/Vorname, Adresse des Patienten Geburtsdatum: / / <input type="radio"/> W <input type="radio"/> M	Rechnungsadresse <input type="checkbox"/> Auftragsteller <input type="checkbox"/> Krankenkasse Versicherten Nr <input type="checkbox"/> IV Kanton AHV Nr Kopie an	Blutentnahme Datum Zeit
		Auftragsteller Name/Adresse des Arztes

Gewünschte Analyse(n) ankreuzen *Wichtige Informationen betreffend der Blutentnahme auf der Rückseite*

Antidepressiva <input type="radio"/> Amitriptylin* <input type="radio"/> Bupropion* <input type="radio"/> Citalopram* <input type="radio"/> Clomipramin* <input type="radio"/> Duloxetine <input type="radio"/> Escitalopram* <input type="radio"/> Fluoxetine* <input type="radio"/> Fluvoxamin <input type="radio"/> Mianserin <input type="radio"/> Mirtazapin* <input type="radio"/> Moclobemid	<input type="radio"/> Nortriptylin <input type="radio"/> Paroxetin <input type="radio"/> Reboxetin <input type="radio"/> Sertralin <input type="radio"/> Trazodon <input type="radio"/> Trimipramin* <input type="radio"/> Venlafaxin* <input type="radio"/> Vortioxetin Andere <input type="radio"/> Atomoxetin §	Antipsychotika <input type="radio"/> Amisulprid <input type="radio"/> Aripiprazol* <input type="radio"/> Asenapin <input type="radio"/> Brexpiprazol <input type="radio"/> Cariprazin* <input type="radio"/> Chlorprothixen <input type="radio"/> Clozapin* <input type="radio"/> Flupentixol <input type="radio"/> Haloperidol <input type="radio"/> Levomepromazin <input type="radio"/> Lurasidon	<input type="radio"/> Olanzapin <input type="radio"/> Paliperidon <input type="radio"/> Pipamperon <input type="radio"/> Promazin <input type="radio"/> Quetiapin* <input type="radio"/> Risperidon* <input type="radio"/> Sertindol <input type="radio"/> Zuclopenthixol Stimmungsstabilis <input type="radio"/> Lithium#	Substitutionsmedikamente <input type="radio"/> (R,S)-Methadon <input type="radio"/> (R,S)-Methadon Kinetik § <input type="radio"/> (R)-Methadon <input type="radio"/> (R)-Methadon Kinetik § Anti-Alzheimer & <input type="radio"/> Donepezil & <input type="radio"/> Galantamin & <input type="radio"/> Memantin & <input type="radio"/> Rivastigmin*#§
---	--	--	--	---

* Metabolit bestimmt # Achtung Versand/Blutentnahmeröhrchen (s. Rückseite) § Achtung Zeitpunkt der Blutentnahme (s. Rückseite)
 & Der Patient wurde informiert, dass diese Analysen (ausser OFAS Liste) im allgemeinen nicht von den Krankenkassen übernommen sind (140 CHF).

Medikation/Co-Medikation *(Alle Medikamente angeben, inklusive Dosisänderungen während der letzten 7 Tage)*

Zu bestimmende Medikamente	Form Retard Depot	Genauere Dosierung	seit	letzte Medikamenteneinnahme
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum Zeit
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum Zeit
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum Zeit
Co-Medikationen				
.....				
.....				
.....				
.....				

Diagnose(n) Zielsymptome

Therapeutische Wirkung sehr gut gut mittel minim unverändert oder verschlechtert unbestimmt

Nebenwirkungen keine schwach mässig schwer unbestimmt

- Nervensystem Störungen Schläfrigkeit/Sedation Innere Unruhe/Anspannung Kopfschmerzen
 Extrapyramidale Symptome Dystonie Rigidität Hypokinesie Akinesie Tremor Akathisie
 Stoffwechselstörungen Gewichtszunahme Hyperglykämie Hyperlipidämie
 Kardiovaskuläre Störungen Hypotonie Hypertonie Tachykardie QT-Verlängerung
 Gastrointestinale Störungen Nausea/Erbrechen Diarrhoe Obstipation Hypo- oder Hypersalivation
 Urogenitale Störungen Miktionsschwierigkeiten Polyurie Sexuelle Dysfunktion
 Andere

Gewicht kg Niereninsuffizienz Leberinsuffizienz keine Insuffizienz **Raucher** Ja Nein

Anlass zur Anforderung der Analyse *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- Eintrittstest Änderung der Medikation Verlaufskontrolle Kontrolle der Compliance
 „Non-response“ Nebenwirkungen Intoxikations-Verdacht Arzneimittelwechselwirkung

Fragen, Kommentare:



ANWEISUNGEN FÜR DIE ANALYSE VON PSYCHOTROPEN PHARMAKA

Bitte vollständig ausfüllen falls Sie eine Interpretation der Blutspiegelmessung wünschen.

Blutentnahmen: ungefähr 2.5 ml Blut EDTA, dekantiert oder nicht, außer unten genannten Ausnahmen.
Bitte keine Gel-Entnahmeröhrchen verwenden. Andere Blutproben Typen möglich, bei Bedarf uns bitte kontaktieren.

Ausnahmen: - **Lithium:** nur 2-4 ml Nativblut oder >0.5 bis 1 ml dekantiertes Serum verwendbar.

- **Rivastigmin:** nur Glukose-Entnahmeröhrchen mit NaF verwenden (Achtung Stabilität s. Probenversand).

Zeitpunkt der Blutentnahme: Vor der nächsten Medikamenteneinnahme (orale Arzneiformen), oder vor der nächsten Injektion (Depotformen).

=> es ist wichtig anzugeben, ob das Medikament in 1 oder 2 Dosen pro Tag eingenommen wird.

Ausnahmen: - **Atomoxetin, Rivastigmin oral:** Blutentnahme 60-90 min nach der Medikamenteneinnahme.

- **Rivastigmin patch:** Blutentnahme 1 Stunde vor dem Patchwechsel.

- **Trazodon:** Blutentnahme 12h nach der Medikamenteneinnahme.

- **Methadon Kinetik:** Erste Blutentnahme vor der Methadoneinnahme und zweite Blutentnahme 4h nach der Methadoneinnahme. Nur interpretierbar, wenn die Methadondosis einmal pro Tag eingenommen wird.

Probenversand: Die Blutproben können uns täglich per A-Post an folgende Adresse zugestellt werden:
Laboratoire UPPC, Centre de neurosciences psychiatriques, Hôpital de Cery, 1008 Prilly

Ausnahme: - **Rivastigmin:** Blutproben nicht zentrifugieren, Nativblut montags bis donnerstags per A-Post senden; keine Blutentnahme freitags oder samstags (auch bei 4°C nicht stabil über das Wochenende).

Steady-State: Bitte die nötige Zeit zum Erreichen des Steady-States zwischen der Blutentnahme und des letzten Dosierungswechsels beachten:

Medikament	Zeit zum Erreichen des Steady-States bei konstanter Dosis	
Amisulprid	4 Tage	
Amitriptylin		1 Woche
Aripiprazol		2 Wochen (oral), 4 Monate (Depot)
Asenapin		1 Woche
Atomoxetin	4 Tage	
Brexpiprazol		2 Wochen
Bupropion		1 Woche
Cariprazin		2 Wochen
Chlorprothixen		1 Woche
Citalopram		1 Woche
Clomipramin		1 Woche
Clozapin	4 Tage	
Donepezil		2 Wochen
Duloxetin	4 Tage	
Escitalopram		1 Woche
Fluoxetin		4 Wochen
Flupentixol		1 Woche (oral) 3 Monate (Depot)
Fluvoxamin		1 Woche
Galantamin		1 Woche
Haloperidol		1 Woche (oral) 3 Monate (Depot)
Levomepromazin		1 Woche
Lithium		1 Woche
Lurasidon		1 Woche
Memantin		2 Wochen
(R,S)-Methadon / (R)-Methadon		1 Woche
Mianserin		1 Woche
Mirtazapin		1 Woche
Moclobemid	2 Tage	
Nortriptylin		1 Woche
Olanzapin		1 Woche
Paliperidon oral		1 Woche
Paliperidon Depot		Therapiebeginn mit Sättigungsdosis: 1 Woche nach 1. Injektion Dosierungswechsel: 3-6 Monate
Paroxetin		1 Woche
Pipamperon	4 Tage	
Promazin		1 Woche
Quetiapin / Quetiapin XR	2 Tage	
Reboxetin	4 Tage	
Risperidon		1 Woche (oral) 2 Monate (Depot)
Rivastigmin	1 Tag (oral)	1 Woche (patch)
Sertindol		2 Wochen
Sertralin		1 Woche
Trazodon / Trazodon Ret	2 Tage	
Trimipramin		1 Woche
Venlafaxin / Venlafaxin ER	4 Tage	
Vortioxetin		2 Wochen
Zuclopenthixol		1 Woche (oral und Acutard) 3 Monate (Depot)