



## PHAENOTYPISIERUNG ZYTOCHROM P450

-----Bitte vollständig ausfüllen-----

<b>Name und Vorname des Patienten:</b> → → → Ihre Ref. Nr. (Code):  Geburtsdatum:     /     /  <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	<b>Vollständige Adresse des Patienten:</b> → → → → <b>Rechnung an:</b> (vollständige Ref.) <input type="checkbox"/> Auftraggeber ..... ..... <input type="checkbox"/> Krankenkasse ..... Vers. Nr. .... <input type="checkbox"/> IV ..... AHV-Nr. ....	<b>Blutentnahme:</b> <b>Datum:</b> ..... Adresse des Auftraggebers: → → → Im Labor erhalten am:     /     /
--	---	---

### → Verlangte Phaenotypisierung:

*Achtung: Diese verschiedenen Phaenotypisierungs-Analysen sind keine Routineuntersuchungen.*

*Nur nach vorheriger Absprache mit dem Labor.*

<input type="checkbox"/> <b>Koffein-Test: Zytochrom P4501A2 (Plasma)</b>	<small>(Code BSV: 1238.00 135 Pte)</small>
<input checked="" type="checkbox"/> <del>Dextromethorphan-Test: Zytochrom P4502D6 (Urin)</del>	<b>momentan nicht verfügbar</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <del>Midazolam-Test: Zytochrom P4503A4 (Plasma)</del>	<b>momentan nicht verfügbar</b>

### Anlass zur Frage (das Zutreffende mit x bezeichnen)

- «non-response» (bitte Medikation und Dosierung angeben).....
- Nebenwirkung/en (bitte angeben).....
- Intoxikations-Verdacht (bitte präzisieren).....
- Verdacht auf     ultraschnelle Metabolisierung    langsame Metabolisierung.....
- Anderes .....
- Fragen, Kommentar.....

**Herkunft:**  Europäer    Asiat    Schwarzafrikaner/Afroamerikaner    Nordafrikaner    Andere: .....

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

**CoMedikation und Dosis :** (Wichtig, da manche Medikamente das Resultat beeinflussen )

.....

.....

.....

**Unterschrift (leserlich) des behandelnden Arztes:** .....

### Prozedere:

#### Koffein- Test: Zytochrom P4501A2 (Plasma)

**Datum/Uhrzeit der Koffeineinnahme:**.....    **Zeitpunkt der Blutentnahme:** .....

Am Testtag sicherstellen, dass der Patient vom Erwachen bis zum Testende keine koffeinhaltige Getränke (Kaffee, Tee, Schokolade, Coca-Cola, Red-Bull, ... etc.) zu sich nimmt. Dem Patient eine 200mg Koffein Kapsel (wird vom Labor Cery geliefert) verabreichen und 6 Stunden später eine Blutentnahme vornehmen (ungefähr 5 ml K3-EDTA oder Li-Heparin Blut). Wenn es möglich ist die Blutprobe zentrifugieren und das Plasma per A Post an das Cery Labor senden oder direkt das Blutröhrchen senden (Wenn der Test an einem Freitag stattfindet, im Kühlschrank aufbewahren und am Montag senden).