



Universitätsklinikum Erlangen
Kinder- und Jugendklinik
Klinisches Labor – Zellbiologie
Loschgestraße 15
91054 Erlangen

Kinder- und Jugendklinik

Direktor: Prof. Dr. med. Joachim Wölfle

Abteilung für Hämatologie und Onkologie

Leiter: Prof. Dr. med. M. Metzler
Stellv. Klinikdirektor

Sekretariat: U. Maier
Telefon: 09131 85-33731
Fax: 09131 85-35742
E-Mail: ursula.maier@uk-erlangen.de
Loschgestraße 15, 91054 Erlangen

CML-Studienzentrale

Studienärztin: V. Hildebrand
Telefon: 09131 85-41322
Fax: 09131 85-35742
E-Mail: cml-paed@uk-erlangen.de

Studiendokumentar: P.R. Binner
Telefon: 09131 85-41722
E-Mail: cml-paed@uk-erlangen.de

Klinisches Labor

Leiter: Prof. Dr. rer. nat. M. Rauh
Zellbiologie:
Telefon: 09131 85-33744

Anforderungsbogen – Imatinib Tal-Spiegel Messung CMLpaed

Patientendaten

Patienten-ID:
Name, Vorname:
Geschlecht:
Geburtsdatum:

Einsenderdaten

Name Klinik:
Adresse:
Tel. (bei Rückfragen):
Fax (für Befundübermittlung):

Dosierung/Einnahme

Aktuelle Körpergröße: _____ cm Aktuelles Körpergewicht: _____ kg
Therapiebeginn mit Imatinib: _____ TT.MM.JJJJ Aktuelle Dosierung: _____ mg/d
Uhrzeit und Datum der letzten Tabletten-Einnahme: _____ Uhrzeit/Datum

Uhrzeit und Datum der Blutentnahme: _____ Uhrzeit/Datum

→CAVE! Die Blutentnahme zur Imatinib Tal-Spiegelmessung muss VOR der nach dem normalen Zeitintervall stattfindenden nächsten Einnahme erfolgen.
Beispiel: Die Tabletteneinnahme ist täglich um 09:00 Uhr. Dann erfolgt die Blutentnahme zwischen 08:30 und 09:00 Uhr VOR der nächsten Tabletteneinnahme. **Zeitintervall zwischen letzter Tabletteneinnahme und Blutentnahme mind. 20 – max. 26 Stunden.**

Regelmäßige Einnahme (täglich?): Ja Fraglich Nein

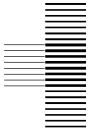
Therapiepausen: Nein Ja Zeitraum der Pause: _____ TT.MM.JJJJ bis _____ TT.MM.JJJJ

Entspricht die Dosis der aktuellen Körpergröße bzw. der max. zugelassenen Dosis zum Körpergewicht?

Änderung der Dosierung: Nein Ja Dosisänderung seit Datum: _____ Dosis (alt) mg Dosis (neu) mg

KI_OK Anforderungsbogen Imatinib Tal-Spiegel Messung CMLpaed

Kenn-Nr.: UKER-8-18873 Version: 6



Patienten-ID: _____ Name, Vorname: _____

Begleitmedikation:	Name	Dosis
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

CAVE! Bei gleichzeitiger Anwendung vom Imatinib und anderen Arzneimitteln, kann z.B. Imatinib Konzentration durch CYP3A4-Induktion verändert werden.

Letzter Einnahmezeitpunkt der Begleitmedikation: _____ Uhrzeit/Datum

Material/Versand (Mo. bis Do.)

Material: EDTA-Monovette 4,9 ml bei KG < 40 kg
9,0 ml bei KG ≥ 40 kg

- Versand:
- Express-Versand/Overnight im gepolsterten Umschlag (Messung der ungekühlten Proben muss innerhalb von **48 Stunden** erfolgen)
 - Vollständig ausgefüllten Einsendebogen beilegen

Anmerkung:

[Empty box for notes]

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben/Unterschrift

KL_OK Anforderungsbogen Imatinib Tai-Spiegel Messung CMLpaed

Kenn-Nr.: UKER-8-18873 Version: 6