

Auftrag für toxikologische Untersuchung im Rahmen der Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls

Absender:

Deutsche Stiftung Organtransplantation
 Region Nord, Organisationsschwerpunkt HH
 Tel: 040-890 66 888
 Fax: 069-677 328 1288

Krankenhaus: _____
Ansprechpartner/in: _____
Tel: _____
Fax: _____

An:

Institut für Rechtsmedizin UKE
 Toxikologisches Labor
 Butenfeld 34, 22529 Hamburg
 Tel: 040-7410-52134 (nachts-52127)

Datum: _____

 Labor-Nr. IFR: _____

Patient/in: Lokale Spendernummer: _____

Name: _____ geb. _____

Blut entnommen am: _____ um _____ Uhr

Relevante Vormedikation (wie lange, bis wann):

	Ergebnis (mg/L)	Bewertung ^{#*}	therapeutischer Bereich (mg/L)
Diazepam			0,2 – 2,0 [*]
Fentanyl			0,003 – 0,3 ^{**}
Nordazepam			0,2 – 2,0 [*]
Methohexital			0,5 – 6,0 [*]
Midazolam			0,04 – 0,25 [*]
Pentobarbital			1,0 – 10,0 [*]
Propofol			1,0 – 8,0 ^{**}
Thiopental			1,0 – 5,0 [*]
Weitere:			

* gem. Empfehlungen d. Arbeitskreises Klinische Toxikologie der GTFCh für die toxikologische Analytik im Rahmen der Hirntod-Feststellung (2002/15)

** gem. Schulz et al. Critical Care 2012, 16:R136

nicht nachweisbar, untertherapeutisch, therapeutisch, übertherapeutisch

ein / kein Hinweis auf andere zentral wirksame Substanzen:

 Datum

 Name, Unterschrift Labor

Befund bitte per Fax an:

DSO Krankenhaus

Rechnung bitte an:

DSO Krankenhaus

 Name Koordinator/in, Unterschrift

 Ansprechpartner/in Krankenhaus, Unterschrift