



23.3 Asparaginase Aktivität

<u>Patient/Etikett</u> Name, Vorname: Straße: PLZ, Ort: Geb. Datum: Geschlecht:	<u>Einsender/Stempel</u>
<u>Versicherungsangaben</u> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> mit Ü-Schein	Tel.: Fax.: Unterschrift:
Abnahme (Datum, Uhrzeit):	<input type="checkbox"/> Infektiös Etikett auf Monovette kleben
Klinisches Bild:	
Hinweis auf allergische Reaktion:	

Serum 0,5 ml			
Versand bei Raumtemperatur innerhalb einer Woche			
	Probenentnahmen nach Gabe	Datum	Gabe am Datum
	Dosis/qm:		
	Dosis absolut:		
<input type="checkbox"/> Oncaspar® (pegylierte E.coli Asparaginase)	Tag 7 (±1) und Tag 14 (±1)		
			_____ U/m ² U
<input type="checkbox"/> Erwinase® (Erwinia Asparaginase)	Tag 2		
			_____ U/m ² U
<input type="checkbox"/> Spectrila® (E. coli Asparaginase)	Tag 3		
			_____ U/m ² U
<input type="checkbox"/> anderes Asparaginase-Präparat			
			_____ U/m ² U